

ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು

ಡಾ. ಎಚ್.ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ

ವಿಶ್ವಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನ ಸಾಹಿತ್ಯಮಾಲೆ

9-5-2011



ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು

ಡಾ. ಎಚ್.ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆ
ಕನ್ನಡ ಭವನ, ಜೆ.ಸಿ.ರಸ್ತೆ
ಬೆಂಗಳೂರು - ೫೬೦ ೦೦೨

SAMANYA SASTHRA VAIDYADA KAYILEGALU - (Common Surgical Diseases) by **Dr. H.D. Chandrappa Gowfa** ; Published by **Manu Baligar**, Director, Department of Kannada and Culture, Kannada Bhavana, J.C.Road, Bengaluru - 560 002.

ಈ ಆವೃತ್ತಿಯ ಹಕ್ಕು : ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಮುದ್ರಿತ ವರ್ಷ : ೨೦೧೦

ಪ್ರತಿಗಳು : ೧೦೦೦

ಪುಟಗಳು : XXVI + ೩೫೫

ಬೆಲೆ : ರೂ. ೮೫/-

ರಕ್ಷಾಪುಟ ವಿನ್ಯಾಸ : **ಕೆ. ಚಂದ್ರನಾಥ ಆಚಾರ್ಯ**

ಮುದ್ರಕರು :

ಮೆ॥ ಮಯೂರ ಪ್ರಿಂಟ್ ಆ್ಯಡ್ಸ್

ನಂ. ೬೯, ಸುಬೇದಾರ್ ಛತ್ರಂ ರೋಡ್

ಬೆಂಗಳೂರು – ೫೬೦ ೦೨೦ ದೂ : ೨೩೩೪೨೭೨೪

9886765175 (ಮೊ)

ಬಿ.ಎಸ್. ಯಡಿಯೂರಪ್ಪ
ಮುಖ್ಯಮಂತ್ರಿಗಳು



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ವಿಧಾನಸೌಧ
ಬೆಂಗಳೂರು ೫೬೦ ೦೦೧

ಸಿಎಂ/ಪಿಎಸ್/೨೬/೧೧

ಶುಭ ಸಂದೇಶ

ವಿಶ್ವ ಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನದ ಸಂಭ್ರಮಾಚರಣೆಯ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ನಾಡು ಏಕೀಕರಣಗೊಂಡು ೫೫ನೇ ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಹೆಜ್ಜೆಯನ್ನಿಟ್ಟಿದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭವನ್ನು ರಚನಾತ್ಮಕವಾಗಿ ದಾಖಲಿಸಿ ಸ್ಮರಣೀಯಗೊಳಿಸಬೇಕೆಂಬುದು ಸರ್ಕಾರದ ಮಹದಾಶಯ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಬೆಳಗಾವಿಯಲ್ಲಿ **"ವಿಶ್ವ ಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನ"** ವನ್ನು ಇದೇ ಮಾರ್ಚ್ ತಿಂಗಳಿನಲ್ಲಿ ಆಯೋಜಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಅರ್ಥಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆಚರಿಸುವುದು ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆಶಯವಾಗಿದೆ. ಇದರ ಅಂಗವಾಗಿ ನಾಡಿನ ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಾಗಿರುವ ಪ್ರಗತಿಯ ಆತ್ಮಾವಲೋಕನದ ಜೊತೆಗೆ ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಸೃಜನಶೀಲ ಮತ್ತು ಸೃಜನೇತರ ಪ್ರಕಾರಗಳ ೧೦೦ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕನ್ನಡದ ಖ್ಯಾತ ಲೇಖಕರ ಮಹತ್ವದ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ, ಸುಲಭ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಹಿತ್ಯಾಸಕ್ತರಿಗೆ ಒದಗಿಸುವ ಹಂಬಲ ನಮ್ಮದು.

ಈ ಸಾಹಿತ್ಯ ಮಾಲಿಕೆಯಲ್ಲಿನ ಕೃತಿರತ್ನಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡಿಗರು ಸಹೃದಯತೆಯಿಂದ ಸ್ವಾಗತಿಸುವ ಮೂಲಕ ಇವುಗಳ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡರೆ ಸರ್ಕಾರದ ಈ ಯೋಜನೆ ಸಾರ್ಥಕವಾಗುತ್ತದೆ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ೨೪.೦೧.೨೦೧೧

(ಬಿ.ಎಸ್. ಯಡಿಯೂರಪ್ಪ)



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಗೋವಿಂದ ಎಂ. ಕಾರಜೋಳ
ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ,
ಸಣ್ಣ ನೀರಾವರಿ ಹಾಗೂ ಜವಳಿ ಸಚಿವರು

ವಿಧಾನಸೌಧ
ಬೆಂಗಳೂರು - ೦೧

ಚೆನ್ನುಡಿ

ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯು ವಿಶ್ವ ಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನದ ಅಂಗವಾಗಿ ಸುಮಾರು ೧೦೦ ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳನ್ನು ಮರುಮುದ್ರಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕಾಲಘಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ರಚನೆಗೊಂಡ ಕಥೆ, ಕಾದಂಬರಿ, ವಿಚಾರ ಸಾಹಿತ್ಯ, ಪ್ರಬಂಧ, ವಿಮರ್ಶೆ, ನಾಟಕ, ಕವನ ಸಂಕಲನ- ಹೀಗೆ ಸಾಹಿತ್ಯದ ವಿವಿಧ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಕೆಲವು ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರದಿಂದ ರಚಿತವಾದ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯು ಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ಎಲ್ಲಾ ವಿದ್ವಾಂಸರಿಗೂ ನನ್ನ ಧನ್ಯವಾದಗಳು. ಈ ಮಹತ್ವದ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಸಹೃದಯ ಕನ್ನಡಿಗರಿಗೆ ಸುಲಭ ಬೆಲೆಯಲ್ಲಿ ತಲುಪಿಸಬೇಕೆಂಬುದು ನಮ್ಮ ಹೆಗ್ಗುರಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಮೈಲಿಗಲ್ಲುಗಳಾಗಿರುವ ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಭಾವಿ ಪೀಳಿಗೆಯವರಿಗೆ ದಾರಿದೀಪಗಳಾಗಿವೆ. ಈ ಕೃತಿಗಳ ಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಕನ್ನಡ ಜನತೆ ಹಾಗೂ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಪಡೆದರೆ ನಮ್ಮ ಶ್ರಮ ಸಾರ್ಥಕವೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ೧೮.೧.೨೦೧೧

(ಗೋವಿಂದ ಎಂ. ಕಾರಜೋಳ)

ಎರಡು ನುಡಿ

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರವು ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯ ವತಿಯಿಂದ 'ವಿಶ್ವಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನ'ದ ಅಂಗವಾಗಿ ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕನ್ನಡ ಸಾರಸ್ವತ ಲೋಕವನ್ನು ಶ್ರೀಮಂತಗೊಳಿಸಿರುವ ಸಾಹಿತಿಗಳ ಮಹತ್ವದ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಓದುಗರಿಗೆ ಒದಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ಸದಾಶಯ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸುಮಾರು ೧೦೦ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿದೆ.

ಈ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆಮಾಡಲು ಖ್ಯಾತ ವಿದ್ವಾಂಸರಾದ ಪ್ರೊ. ಎಲ್.ಎಸ್. ಶೇಷಗಿರಿರಾವ್‌ರವರ ಅಧ್ಯಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ನಾಡಿನ ಹೆಸರಾಂತ ಸಾಹಿತಿ / ವಿದ್ವಾಂಸರುಗಳನ್ನೊಳಗೊಂಡ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿದೆ. ಈ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯು ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಗೆ ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯದ ವಿವಿಧ ಕಾಲಘಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಬಂದ ಪ್ರಾತಿನಿಧಿಕ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುತ್ತದೆ. ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರು ಹಾಗೂ ಸದಸ್ಯರಿಗೆ ಸರ್ಕಾರದ ಪರವಾಗಿ ವಂದನೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ. ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಹೊರತರಲು ಅನುಮತಿ ನೀಡಿ ಸಹಕರಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಲೇಖಕರು ಹಾಗೂ ಹಕ್ಕುದಾರರುಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ. ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿ ಸಾಹಿತ್ಯ ಮಾಲಿಕೆಯನ್ನು ಓದುಗರು ಸ್ವಾಗತಿಸುತ್ತಾರೆಂದು ನಂಬಿದ್ದೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ ೧೭.೦೧.೨೦೧೧

(ರಮೇಶ್ ಬಿ.ಝಳಕಿ)
ಸರ್ಕಾರದ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿಗಳು
ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಹಾಗೂ ವಾರ್ತಾ ಇಲಾಖೆ

ಅಧ್ಯಕ್ಷರ ಮಾತು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯು ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪುನರ್‌ಮುದ್ರಣ ಮಾಡಲು ಒಂದು ಯೋಜನೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿತು. ಕೃತಿಗಳ ಆಯ್ಕೆಗಾಗಿ ಸರ್ಕಾರವು ಒಂದು ಸಮಿತಿಯನ್ನು ರಚಿಸಿತು. ಈ ಮಹತ್ವದ ಯೋಜನೆಯ ಸಮಿತಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷನಾಗಿ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ಸುಯೋಗ ನನ್ನದಾಯಿತು.

ಈ ಯೋಜನೆಯ ಮಹತ್ವವನ್ನು ನಾನು ವಿವರಿಸುವ ಅಗತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಕನ್ನಡದ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಸುಲಭ ಬೆಲೆಗೆ ಕನ್ನಡಿಗರ ಕೈಗಳಲ್ಲಿರಿಸಲು ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯು ಹಲವು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಿರುವುದಕ್ಕಾಗಿ ಸರ್ಕಾರವನ್ನೂ ಇಲಾಖೆಯನ್ನೂ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕವಾಗಿ ಅಭಿನಂದಿಸುತ್ತೇನೆ. ಕನ್ನಡ ಸಂಸ್ಕೃತಿಗೆ ಈ ಯೋಜನೆಗಳು ಮಹತ್ವದ ಕೊಡುಗೆಯನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ.

ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳನ್ನು ಆರಿಸುವುದು ಸುಲಭದ ಕೆಲಸವಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಆಯ್ಕೆಯಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಗೆ ಸಾಧಾರವಾಗಿಯೇ ಅವಕಾಶವಿರುತ್ತದೆ. ಕನ್ನಡ ನಾಡಿನ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಸಾಹಿತಿಗಳು ಈ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರಾಗಿದ್ದದ್ದು ಸುದೈವದ ಸಂಗತಿ. ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಚರ್ಚಿಸಿ ಮಹತ್ವದ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬಂದ ಸಮಿತಿಯು ಸಾಧ್ಯವಾದ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸಾಧಿಸಿದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ನಾನು ಸಮಿತಿಯ ಎಲ್ಲ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ಕೃತಜ್ಞನಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಈ ಕಾರ್ಯದ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಶ್ರೀ ಮನು ಬಳಿಗಾರ್ ಅವರು ನೆರವಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅವರ ಮತ್ತು ಅವರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಯವರ ಅಮೂಲ್ಯ ಸಹಕಾರಕ್ಕೆ ನಾನು ಕೃತಜ್ಞ.

ಕನ್ನಡ ನಾಡಿನ ಮನೆಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಮಂಗಳ ದೀಪದ ಬೆಳಕನ್ನು ಹರಡುವ ಈ ಯೋಜನೆಯ ಪೂರ್ಣಪ್ರಯೋಜನವನ್ನು ಕನ್ನಡಿಗರು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲಿ ಎಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ.

ಸಿರಿಗನ್ನಡಂ ಗೆಲ್ಗೆ!

ಎಲ್.ಎಸ್. ಶೇಷಗಿರಿ ರಾವ್
ಅಧ್ಯಕ್ಷ
ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ

ದಿನಾಂಕ ೧೬.೧೨.೨೦೧೦

ಪ್ರಕಾಶಕರ ಮಾತು

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯು ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ 'ವಿಶ್ವಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನ'ದ ಅಂಗವಾಗಿ ಸುಮಾರು ನೂರು ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಹಳಗನ್ನಡ, ನಡುಗನ್ನಡ ಮತ್ತು ಹೊಸಗನ್ನಡ ಈ ಮೂರೂ ಕಾಲಘಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ರಚನೆಗೊಂಡ, ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಕೃತಿಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿರುವ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರವು ನೇಮಿಸಿರುವ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯು ಮರುಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಾಹಿತ್ಯ ಮಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಇಲಾಖೆಯು ಸಮಗ್ರ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪ್ರಕಟಣೆಯಡಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿರುವ ಲೇಖಕರ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿದ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯ ಅಧ್ಯಕ್ಷರಾದ ಪ್ರೊ: ಎಲ್.ಎಸ್. ಶೇಷಗಿರಿ ರಾವ್‌ರವರಿಗೆ ಹಾಗೂ ಸಮಿತಿಯ ಸದಸ್ಯರುಗಳಾದ ಡಾ. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಕಂಬಾರ, ಡಾ. ಹಂಪ ನಾಗರಾಜಯ್ಯ, ಡಾ. ಎಂ.ಎಂ.ಕಲಬುರ್ಗಿ, ಡಾ. ದೊಡ್ಡರಂಗೇಗೌಡ, ಡಾ. ಎಚ್.ಜೆ. ಲಕ್ಕಪ್ಪಗೌಡ, ಡಾ. ಅರವಿಂದ ಮಾಲಗತ್ತಿ, ಡಾ. ಎನ್.ಎಸ್. ಲಕ್ಷ್ಮೀನಾರಾಯಣ ಭಟ್ಟ, ಡಾ. ಪಿ.ಎಸ್. ಶಂಕರ್, ಶ್ರೀಮತಿ ಸಾರಾ ಅಬೂಬಕರ್, ಡಾ. ಪ್ರಧಾನ್ ಗುರುದತ್ತ ಇವರುಗಳಿಗೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಮರುಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿರುವ ಪುಸ್ತಕಗಳ ಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಅನುಮತಿ ನೀಡಿದ ಎಲ್ಲ ಲೇಖಕರಿಗೂ, ಹಕ್ಕುದಾರರಿಗೂ ಮತ್ತು ಕರಡಚ್ಚು ತಿದ್ದಿದವರಿಗೂ ನನ್ನ ವಂದನೆಗಳು.

ಸದರಿ ಪ್ರಕಟಣಾ ಯೋಜನೆಯ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಹೊರತರಲು ಸಹಕರಿಸಿದ ಶ್ರೀ ಎಚ್. ಶಂಕರಪ್ಪ, ಜಂಟಿ ನಿರ್ದೇಶಕರು, (ಸು.ಕ.), ಶ್ರೀಮತಿ ವೈ.ಎಸ್.ವಿಜಯಲಕ್ಷ್ಮಿ, ಸಹಾಯಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಹಾಗೂ ಪ್ರಕಟಣಾ ಶಾಖೆಯ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗೆ ನನ್ನ ನೆನಕೆಗಳು. ವಿಶ್ವಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನದ ಲಾಂಛನವನ್ನು ಸಿದ್ಧಪಡಿಸಿಕೊಟ್ಟ ಹಿರಿಯಕಲಾವಿದರಾದ ಶ್ರೀ ಸಿ. ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಅವರಿಗೂ ನನ್ನ ನೆನಕೆಗಳು ಹಾಗೂ ಈ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಸುಂದರವಾಗಿ ಮುದ್ರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿರುವ ಮಯೂರ ಪ್ರಿಂಟ್ ಆ್ಯಡ್ಸ್‌ನ ಮಾಲೀಕರಾದ

ಶ್ರೀ ಬಿ.ಎಲ್. ಶ್ರೀನಿವಾಸ್ ಮತ್ತು ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರಿಗೂ ನನ್ನ ನೆನಕೆಗಳು.

ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಕನ್ನಡ ಓದುಗರಿಗೆ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ದೊರಕದೇ ಇದ್ದ ಎಷ್ಟೋ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಹೆಮ್ಮೆಯ ಸಂಗತಿ. ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸಾಹಿತ್ಯಾಭಿಮಾನಿಗಳಿಗೆ ಅಕ್ಷರದಾಸೋಹ ನಡೆಸುವ ಆಶಯ ನಮ್ಮದು. ಈ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡಿಗರು ಸ್ವಾಗತಿಸುತ್ತಾರೆಂದು ನಂಬಿದ್ದೇನೆ.

ಮನು ಬಳಿಗಾರ್
ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆ

ದಿನಾಂಕ ೧೧.೦೧.೨೦೧೧

ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ

ಅಧ್ಯಕ್ಷರು

ಪ್ರೊ. ಎಲ್.ಎಸ್. ಶೇಷಗಿರಿರಾವ್

ಸದಸ್ಯರು

ಡಾ॥ ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಕಂಬಾರ

ಡಾ॥ ಎಂ.ಎಂ. ಕಲಬುರ್ಗಿ

ಡಾ॥ ದೊಡ್ಡರಂಗೇಗೌಡ

ಡಾ॥ ಅರವಿಂದ ಮಾಲಗತ್ತಿ

ಡಾ॥ ಎನ್.ಎಸ್. ಲಕ್ಷ್ಮೀನಾರಾಯಣ ಭಟ್ಟ

ಡಾ॥ ಪ್ರಧಾನ್ ಗುರುದತ್ತ

ಡಾ॥ ಹಂಪ ನಾಗರಾಜಯ್ಯ

ಡಾ॥ ಎಚ್.ಜೆ. ಲಕ್ಕಪ್ಪಗೌಡ

ಶ್ರೀಮತಿ ಸಾರಾ ಅಬೂಬಕರ್

ಡಾ॥ ಪಿ.ಎಸ್. ಶಂಕರ್

ಸದಸ್ಯ ಕಾರ್ಯದರ್ಶಿ

ಶ್ರೀ ಮನು ಬಳಿಗಾರ್, ಕ.ಆ.ಸೇ.

ನಿರ್ದೇಶಕರು

ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆ

ಮುನ್ನುಡಿ

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಈಗ ಅಗಾಧ ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ಸಂಜೀವಿನಿಯಂತಹ ಮದ್ದುಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ನಮ್ಮ ಜನರ ಅಜ್ಞಾನ. ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ, ಮೂಡನಂಬಿಕೆಗಳು ಕಾಯಿಲೆಗಳು ತೀರಾ ಪ್ರಕೋಪಕ್ಕೆ ಹೋಗುವವರೆಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವನ್ನು ಪಡೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಮೂಡದಿರುವುದೇ ಈ ವಿಫಲತೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆಂಬುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ರೀತಿ-ನೀತಿಗಳು, ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಲಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಮನದಟ್ಟಾಗುವ ಹಾಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ-ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜರುಗಬೇಕಾಗಿದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪ್ರಸಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಈಗ ಬಹಳಷ್ಟಿದೆ.

ಈ ಗುರಿ ಸಾಧನೆಯಲ್ಲಿ ಡಾ। ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಬರೆದಿರುವ "ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು" ಎಂಬ ಪುಸ್ತಕ ಅತ್ಯಂತ ಉಪಯುಕ್ತ ಗ್ರಂಥವಾಗಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾದ ಹಲವಾರು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಗುಣ-ಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಸರಳ ವಿವರಣೆ ಈ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಕಲ್ಲೊತ್ತು, ಉಗುರುಸುತ್ತು, ಮಚ್ಚೆಗಳಂತಹ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲಿದೆ. ಹರ್ನಿಯ, ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ಗಳಂತಹ ಪ್ರತಿದಿನ ಜರುಗುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಾಕಷ್ಟು ವಿವರಣೆಗಳಿವೆ. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಂತಹ ಜಟಿಲ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಉಪಯುಕ್ತ ಮಾಹಿತಿಗಳಿವೆ. ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ತುಣುಕು ಸಿಕ್ಕಿ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿದವರನ್ನು ಬದುಕಿಸುವ ಆಧುನಿಕ ಕೈಚಳಕದ ವಿವರಣೆ ಇರುವಂತೆಯೇ ಉದರಬೇನೆಯಾದವರಿಗೆ ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆಯೆಂಬ ಮೂಢನಂಬಿಕೆಯಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಉಜ್ಜಿ ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವಂತಹ ಪುರಾತನ ಕಾಲದ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದಾಗುವ ಅನಾಹುತಗಳ ಬಗೆಗೂ ಇಲ್ಲಿ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಮಾತುಗಳಿವೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ವಿವರಣೆಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸುವ ಮೊದಲು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಇತಿಹಾಸ, ಅದಕ್ಕೆ ಭಾರತೀಯರ ಕೊಡುಗೆ, ಹಾಗೂ ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಸಾಧನೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ,

ಅರಿವಳಿಕೆ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ರೀತಿ, ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಆರೈಕೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ವಿವರಣೆಯನ್ನೂ ಇಲ್ಲಿ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವವರಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಅನುಮಾನ, ಭಯ ಮತ್ತು ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪಗಳು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲವು.

ಡಾ। ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ನನ್ನ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಯಾಗಿ, ನಂತರ ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಯಾಗಿಯೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ್ದರು. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಆರೋಗ್ಯ ಇಲಾಖೆಯ ವಿವಿಧ ಹುದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ಸೇವೆ ಸಲ್ಲಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರು ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಿದೆಡೆಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ದಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಜನಪ್ರಿಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರಾಗಿದ್ದರೆಂದು ಕೇಳಿದ್ದೇನೆ. ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮತ್ತು ಉದ್ಭವಿಸಿದಾಗ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಬಗೆಗೂ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ಮಾಡುವುದು ವೈದ್ಯನ ಆದ್ಯ ಕರ್ತವ್ಯವೆಂಬ ತತ್ವದಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಡಾ। ಗೌಡರಿಗೆ ಇದೆ. ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಸಾಹಿತ್ಯದಲ್ಲಿ ಆಸಕ್ತಿ ಇದ್ದ ಡಾ। ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಈಗಾಗಲೇ ಹಲವಾರು ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಲೇಖನ ಮತ್ತು ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಜನರ ಮೆಚ್ಚಿಗೆಗಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಇದೀಗ ಅವರು ಬರೆದಿರುವ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಪ್ರಚಲಿತ ಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅನುಭವಗಳನ್ನು ಯಥಾರ್ಥ ಹಾಗೂ ವಿಧಿವತ್ತಾಗಿ ವಿವರಿಸಿದ್ದಾರೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ದೇಶೀಯ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಬರೆಯುವುದು ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸವೆನ್ನುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಡಾ। ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯಕೀಯದಂಥ ಜಟಿಲ ವಿಯವನ್ನಾರಿಸಿಕೊಂಡು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿಯುವ ಹಾಗೆ ಸರಳವಾಗಿ ಬರೆದು, ಕನ್ನಡಭಾಷೆ ಮತ್ತು ಕನ್ನಡರಿಗರಿಗೆ ಉಪಕಾರ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಇಂತಹ ಪುಸ್ತಕಕ್ಕೆ ಮುನ್ನುಡಿಯ ಈ ನಾಲ್ಕು ಮಾತುಗಳನ್ನು ಬರೆಯುವ ಅವಕಾಶ ನನಗೆ ದೊರೆತ ಗೌರವವೆಂದೇ ಭಾವಿಸಿ, ಅತ್ಯಂತ ಹರ್ಷದಿಂದ ಬರೆದಿದ್ದೇನೆ. ಅವರಿಂದ ಇಂತಹ ಲೇಖನ ಮತ್ತು ಪುಸ್ತಕಗಳು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬರಲೆಂದು ಆಶಿಸುತ್ತಾ, ಅವರ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಯಶಸ್ಸು ದೊರೆಯಲೆಂದು ಹಾರೈಸುತ್ತೇನೆ.

ಡಾ। ಎಂ. ಪಿ. ಪೈ

ಮರು ಮುದ್ರಣ ಕುರಿತು ಎರಡು ಮಾತು

'ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು' ಕೃತಿಯನ್ನು ಹಂಪಿಯ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಪ್ರಸಾರಾಂಗವು 1993ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿತ್ತು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯದ (ಸರ್ಜರಿ) ವಿಷಯ ಕುರಿತು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಮೊದಲ ಜನಪ್ರಿಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯಗ್ರಂಥವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಮೂಡಿಬಂದಿತ್ತು. ಅದರ ಒಳಾಂಶ, ಪಠ್ಯ ವಿಷಯಗಳ ಆಳ ವಿಸ್ತಾರ, ಯೋಜನಾ ಸ್ವರೂಪ, ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಅದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆ ಬಗೆಗೆ ಹಲವರು ಮೆಚ್ಚುಗೆ ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದುಂಟು. ವಿಜ್ಞಾನಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಕೃತಿಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಎದುರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳ ಕೊರತೆ, ವಿಷಯ ನಿರೂಪಣೆ ಮುಂತಾದವು ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತಿವೆಯೆಂಬ ಸೋಗು ಅಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿತ್ತು. ಈ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯವನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವುದು ಸಹಜವೆ. ಸೃಜನ ಶೀಲ ಸಾಹಿತಿಗಳಾದವರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಳವಾದ ಪರಿಜ್ಞಾನವಿರಲಾರದು ; ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಸಾಹಿತ್ಯಿಕ ಭಾಷೆಯ ಪ್ರಾವೀಣ್ಯತೆ ಇರುವವರು ಅಪರೂಪ. ಅಂದರೆ 'ವೈದ್ಯ ಲೇಖಕರು ನಿಪುಣರು ಮತ್ತು ವಿಷಯ ತಜ್ಞರಾಗಿರಬಹುದಾದರೂ, ಇಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಎಷ್ಟು ಸಮರ್ಥವಾಗಿ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ ಮೂಡುತ್ತಾರೆಂಬುದು ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳ ಬಳಕೆಯ ಬಗ್ಗೆ ಆಕ್ಷೇಪವೆತ್ತದೆ ರಾಜಿಯಾಗಬಹುದು. ಆದರೆ ವಿವರಣೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಕ್ಯ ರಚನೆಯ ಸ್ವರೂಪವೇ ಇಂಗ್ಲಿಷಿನ ಜಾಡು ಬಿಟ್ಟು ಬರದಿದ್ದರೆ, ಕನ್ನಡದಾಗದಿದ್ದರೆ, ಸಂವಹನದ ತೊಡಕುಗಳು ಎದುರಾಗುತ್ತವೆ. 'ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು' ಇಂತಹ ಸಮಸ್ಯೆಗಳನ್ನು ಎದುರಿಸಿದೆಯೆನ್ನಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿಯ ವಸ್ತು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಕೀರ್ಣವಾದ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿವರಗಳನ್ನೂ, ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವಂಥದು... 'ಜನಪ್ರಿಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಸಾಹಿತ್ಯ' ಎಂಬ ಗುಂಪಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸೇರಿಸಲಾಗದ ಇಂಥ ವಸ್ತುವನ್ನು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದರಲ್ಲಿ ಲೇಖಕರು ಸಮರ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆ.'

ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿದು ವಿಮರ್ಶಕರೊಬ್ಬರು ದಾಖಲೆ ಮಾಡಿರುವಂತೆ.... ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ರೀತಿ-ನೀತಿಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಲಕ್ಷಣ ಹಾಗೂ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಮನದಟ್ಟಾಗುವ ಹಾಗೆ ತಿಳಿಸುವ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜರುಗಬೇಕಾಗಿದೆ ; ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ

ಪ್ರಸಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಬಹಳಷ್ಟಿದೆ. .... ಈ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದಲೂ ಅತ್ಯಂತ ಉಪಯುಕ್ತವಾದುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಲೇಖಕರು ... ಆಧುನಿಕ ಕೌಶಲ್ಯವನ್ನೂ, ಹಳೆಗಾಲದ ಮೌಢ್ಯವನ್ನೂ ಕುರಿತು ವಿವೇಚಿಸುತ್ತಾರೆ. ... ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬಗೆಯ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಕ್ಲಿಷ್ಟತೆಗೆ ಅವಕಾಶ ಕೊಡದಿರುವುದನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಹೇಳಬೇಕು. ಈ ಬಗೆಯ ಪುಸ್ತಕಗಳ ಲೇಖಕರು ಮರೆಯಬಾರದ ವಿಚಾರವೆಂದರೆ ತಾವುಯಾರಿಗಾಗಿ ಇದನ್ನು ಬರೆಯುತ್ತಿದ್ದೇವೆಂಬುದನ್ನು ; ಇದನ್ನು ಮರೆಯುವುದರಿಂದಲೇ ಕೆಲವು ಪುಸ್ತಕಗಳು ನಿಷ್ಪ್ರಯೋಜಕವಾಗುತ್ತವೆ... ಅವರ ಬರವಣಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದಲೂ ಜಡುಕಾದುದಲ್ಲ ; ಕ್ಲಿಷ್ಟವಾದುದಲ್ಲ ; ಅದು ಸಂವಹನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದೂ ಇಲ್ಲ.'

ಪ್ರಕಟವಾದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪುಸ್ತಕಕ್ಕೆ ಅಪಾರ ಬೇಡಿಕೆಯೂ ಇತ್ತು. ಆದರೆ ಕಾರಣಾಂತರಗಳಿಂದ ಮರುಮುದ್ರಣ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿರಲಿಲ್ಲವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಇದೀಗ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯವರು ಹಮ್ಮಿಕೊಂಡಿರುವ ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರು-ಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಕೃತಿಯೂ ಆಯ್ಕೆಯಾಗಿರುವುದು ಒದಗಿಬಂದ ಸುಯೋಗವೆಂದೇ ಭಾವಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಥಮ ಮುದ್ರಣ ಕಂಡಿದ್ದ ಕನ್ನಡದ ಮೇರು ಕೃತಿಗಳಲ್ಲೊಂದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಿ ಮರುಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಿರುವ ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ, ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆ ಹಾಗೂ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯವರಿಗೆಲ್ಲಾ ನನ್ನ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕ ವಂದನೆಗಳನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಶಿವಮೊಗ್ಗ **ಡಾ॥ ಎಚ್.ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ**

ಅರಿಕೆ

ಸಾಹಿತ್ಯಾಭ್ಯಾಸದಲ್ಲಿ ನನಗೆ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಆಸಕ್ತಿ ಇದ್ದರೂ ಸ್ವತಃ ಬರವಣಿಗೆ ಹವ್ಯಾಸಕ್ಕಿಳಿದದ್ದು ಕಳೆದ ಒಂದು ದಶಕದಿಂದೀಚೆಗೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಮ್ಮ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಅಜ್ಞಾನ ಮತ್ತು ಅದರಿಂದಾಗುತ್ತಿರುವ ಅನಾಹುತಗಳೇ ಈ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಿದವು. ಕಜ್ಜಿಯಂತಹ ಸರಳ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಕೇವಲ ಶುಚಿತ್ವದ ನಿಯಮಗಳ ಆಚರಣೆಯಿಂದ ನಿವಾಹಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಬಗೆಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ನೀಡುವ ಔಷಧಿಯನ್ನು ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿದ ನಂತರ ಮೈಗೆ ಹಚ್ಚ ಬೇಕೆಂದಿದ್ದರೆ, ಹಚ್ಚಿಕೊಂಡು ನಂತರ ಸ್ನಾನ ಮಾಡುವುದೋ, ಇಲ್ಲವೇ ಅದನ್ನೇ ಕುಡಿದ ಪ್ರಸಂಗಳು ನನ್ನ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿವೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಉದರ ಬೇನೆಯಾದರೂ, ಹೊಟ್ಟೆಗೆ ಎಣ್ಣೆ ತೀಡಿ, ಉಜ್ಜಿ, ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡು ಕರುಳು ತೂತಾಗುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆದವರಿಗೆ ಭೇದಿಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿ ಅನಾಹುತಗಳು ಆಗುತ್ತಲೇ ಇವೆ, ಎಂದರೆ ಜನರು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಎಷ್ಟಿವೆಯೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದಾಲ್ಲವೆ ? ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಓದು ಬರಹ ತಿಳಿದವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರಿಗಾದರೂ ಅರ್ಥವಾಗುವ ಹಾಗೆ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಬರೆಯುವ ಉದ್ದೇಶ ನನ್ನದಾಯಿತು. ಹಲವು ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳ ವಿಶ್ಲೇಷಣೆಯ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಬರೆಯುತ್ತಿದ್ದೆನಾದರೂ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಗುಣಪಡಿಸಬೇಕಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಕಡೆಗೇ ನನ್ನ ಒಲವು ಇತ್ತು. ಪ್ರತಿದಿನ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗ ನಾನು ಬರೆದ ಬಿಡಿ ಲೇಖನಗಳು ಕೆಲವು ನಿಯತ ಕಾಲಿಕ ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದವು. ಅಂತಹ ವಿಷಯಗಳ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿ, ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಚೌಕಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಬರೆದು ಪ್ರಕಟಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನವಿದು. ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದ ಬಿಡಿ ಲೇಖನಗಳು ಮತ್ತೆ ಬೇಕೆಂದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಸಿಗಲಾರುವು ಮತ್ತು ಪತ್ರಿಕೆಗಳಿಗೆ ಬರೆದ ಅಂತಹ ಲೇಖನಗಳು ಸ್ಥಳಾಭಾವದಿಂದ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿರುತ್ತವಲ್ಲದೆ, ರೋಗವೊಂದರ ಎಲ್ಲಾ ಮುಖಗಳನ್ನೂ ಪರಿಚಯಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ದೇಹದ ಒಂದೊಂದು ವಿಭಾಗದ ಅಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇರುವಂತೆ ಪುನಃ ರಚಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜನರ ಶಿಕ್ಷಣ ಮಾಧ್ಯಮ ಆಯಾ ಮಾತೃಭಾಷೆಗಳ ಮುಖಾಂತರವೇ ಆಗಬೇಕೆಂಬ ಒತ್ತಾಸೆ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಪೂರ್ವದಿಂದಲೂ ಇದೆ. ರಾಷ್ಟ್ರಪಿತ ಮಹಾತ್ಮಾ

ಗಾಂಧೀಜಿಯವರ ಉದ್ದೇಶವೂ ಇದೇ ಆಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ನಂತರ ಜರುಗಿದ ಸಂಗತಿಗಳೇ ಬೇರೆ. ನಮ್ಮ ನಡೆ, ನುಡಿ, ಭಾಷೆಗಳ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ನಾವೀಗ ಇಂಗ್ಲಿಷರನ್ನೇ ಮೀರಿಸುವಷ್ಟು ಮುಂದೆ ಸಾಗಿದ್ದೇವೆ ! ಕರ್ನಾಟಕದಲ್ಲಿ ಶಿಕ್ಷಣ, ಆಡಳಿತ, ತಂತ್ರಜ್ಞಾನ ಮುಂತಾದ ಎಲ್ಲಾ ರಂಗಗಳಲ್ಲೂ ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ಇರಬೇಕೆಂದು ಅಧಿಕಾರವಾಣಿಯಿಂದ ಕರೆಕೊಟ್ಟು, ಕಾರ್ಯಮಗ್ನರಾದವರಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರಕವಿ ಕುವೆಂಪು ಅವರಿಗೆ ಸರಿಸಾಟಿಯಾದವರು ಬೇರೊಬ್ಬರಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಅವರು ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದ ಕುಲಪತಿಗಳಾದ ನಂತರ ಶಿಕ್ಷಣದ ಹಲವು ಮಜಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಮಾಧ್ಯಮವಾಗವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು ; ಕಲೆ, ಮತ್ತು ಮಾನವಿಕ ವಿಷಯಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕ, ಪರಾಮರ್ಶಕ ಹಾಗೂ ವಿಶ್ವಕೋಶ ಗ್ರಂಥಗಳು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದವು. ಅವರ ದಿಟ್ಟ ನಿಲುವಿಗೆ ಕನ್ನಡಿಗರೆಲ್ಲಾ ಚಿರಋಣಿಗಳಾಗಿರಬೇಕು. ಈಗ್ಗೆ ಮೂರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಅವರಿಗೆ ಹಸ್ತ ಪ್ರತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಿದಾಗ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದಂಥ ವಿಷಯ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ತಮ್ಮ ಸಂತಸ ವ್ಯಕ್ತ ಪಡಿಸಿದ್ದರು. ಕುವೆಂಪು ಅವರಿಗೆ ಪ್ರಿಯವಾದ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗ್ರಂಥವನ್ನು ಅವರಿಗೆ ಗೌರವ ಪೂರ್ವಕವಾಗಿ "ಅರ್ಪಣೆ" ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಮಹದಾನಂದವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಂಗಳೂರಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಗುರುಗಳೂ, ಮಾರ್ಗದರ್ಶಿಗಳೂ ಆಗಿದ್ದ ಡಾ। ಎಂ. ಪಾಂಡುರಂಗ ಪೈಯವರು ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಪರಾಮರ್ಶಿಸಿ, ಅದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮೆಚ್ಚುಗೆಯ ಮುನ್ನುಡಿಯನ್ನು ಬರೆದು ಕೊಟ್ಟಿದ್ದರು. ಪುಸ್ತಕ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಅವರು ದಿವಂಗತರಾದುದು ವಿಷಾದನೀಯ. ಡಾ। ಪೈಯವರ ಔದಾರ್ಯಕ್ಕೆ ಕೃತಜ್ಞತೆಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸುತ್ತಾ, ಅವರ ಆತ್ಮಕ್ಕೆ ಚಿರಶಾಂತಿ ದೊರೆಯಲೆಂದು ಪ್ರಾರ್ಥಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಾನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಬರೆದ ಕೆಲವು ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ ಉತ್ತೇಜನ ನೀಡಿದ ಮಂಗಳೂರಿನ "ಸಂತೋಷ" ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿಯ "ಕಸ್ತೂರಿ" ಮಣಿಪಾಲದ "ತುಷಾರ" ಪುಣೆಯ "ಆರೋಗ್ಯ ವಾಣಿ", ಮೈಸೂರಿನ "ಆರೋಗ್ಯ ಯೋಗ" ನಿಯತಕಾಲಿಕ ಪತ್ರಿಕೆಗಳ ಸಂಪಾದಕರಿಗೆ ತುಂಬಾ ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಲೇಖನಗಳಿಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ಸರಳ ಹಾಗೂ ಸುಂದರ ರೇಖಾ ಚಿತ್ರಗಳನ್ನು ಬರೆದುಕೊಟ್ಟ ಖ್ಯಾತ ವ್ಯಂಗ್ಯ ಚಿತ್ರಕಾರ ಶ್ರೀ ರಾಮಧ್ಯಾನಿಯವರಿಗೆ ನಾನು ಕೃತಜ್ಞನಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಪುಸ್ತಕದ ಹಸ್ತ ಪ್ರತಿ ತಯಾರಾಗಿ ಮೂರ್‍ನಾಲ್ಕು ವರ್ಷಗಳಾಗಿದ್ದರೂ ಸರಿಯಾದ ಪ್ರಕಾಶಕರು ಸಿಗದೆ ಪರದಾಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಹಂಪಿಯ ನೂತನ ಕನ್ನಡ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾಲಯದವರು ನನ್ನ ನೆರವಿಗೆ ಬಂದದ್ದನ್ನು ನಾನೆಂದೂ ಮರೆಯಲಾರೆ. ಕುಲಪತಿಗಳಾದ ಡಾ। ಚಂದ್ರಶೇಖರ ಕಂಬಾರ ಅವರು ಹಸ್ತ ಪ್ರತಿಯನ್ನು

ನೋಡಿದಾಕ್ಷಣ, ತಮ್ಮ ವಶಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಮುಂದೊಂದು ತಿಂಗಳಲ್ಲೇ ಅದರ ಪ್ರಕಟಣೆಯ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿದರು. ಅವರ ತುಂಬುಹೃದಯದ ಔದಾರ್ಯಕ್ಕೆ ನಾನೆಷ್ಟು ಋಣಿಯಾಗಿದ್ದರೂ ಸಾಲದೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರಕಟಣೆಯ ನಿರ್ಧಾರವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ, ಆ ಬಗೆಗಿನ ವಿಧಿವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪೂರೈಸಿ, ಪುಸ್ತಕ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಿಮೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಲು ಪ್ರಸಾರಾಂಗದ ಹಿಂದಿನ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಶ್ರೀ ಚಿ. ಶ್ರೀನಿವಾಸರಾಜು ಅವರು ವಹಿಸಿದ ಪಾತ್ರ ಅವಿಸ್ಮರಣೀಯ. ಅವರಿಗೆ ನನ್ನ ಕೃತಜ್ಞತೆಗಳು. ಈಗಿನ ನಿರ್ದೇಶಕರಾದ ಡಾ। ಕರೀಗೌಡ, ಬೀಚನ ಹಳ್ಳಿಯವರು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಸಹಕಾರವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಸುಗಮಗೊಳಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ತುಂಬಾ ಆಭಾರಿಯಾಗಿದ್ದೇನೆ.

ಶಿವಮೊಗ್ಗಾದ ಹೆಸರಾಂತ ಪ್ರಗತಿ ಪ್ರಿಂಟರ್ಸ್‌ನ ಮಾಲೀಕರಾದ ಶ್ರೀ ನಾರಾಯಣರಾಯರು ವೈಯಕ್ತಿಕ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ಪುಸ್ತಕವನ್ನು ಆಕರ್ಷಕ ವಿನ್ಯಾಸದಿಂದ ಸುಂದರವಾಗಿ ಮುದ್ರಿಸಿಕೊಟ್ಟಿದ್ದಾರೆ. ವೈಯುಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಅವರಿಗೂ, ಅವರ ಮುದ್ರಣಾಲಯದ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರಿಗೂ ನನ್ನ ಹೃತ್ಪೂರ್ವಕ ವಂದನೆಗಳು ಸಲ್ಲುತ್ತವೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಪ್ರಮುಖ ವಿಭಾಗವಾದ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವ ಈ ಕೃತಿ ಓದುಗರಿಗೆ ಉಪಯುಕ್ತವಾದರೆ ನನ್ನ ಶ್ರಮ ಸಾರ್ಥಕವೆಂದುಕೊಳ್ಳುತ್ತೇನೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನದ ವಿಷಯಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಇಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯಗಳು ಸಾರ್ವಕಾಲಿಕವೆಂದು ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ ; ವಿಷಯಗಳ ನಿಖರತೆಯಲ್ಲೂ ವ್ಯತ್ಯಯ ಇರಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ಪ್ರಾಜ್ಞರಾದ ಓದುಗರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯಬಾಂಧವರು ಅಂತಹ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ನನ್ನ ಗಮನಕ್ಕೆ ತಂದರೆ ಮುಂದಿನ ಆವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಅವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವ ಭರವಸೆ ನೀಡುತ್ತೇನೆ.

ಡಾ। ಎಚ್. ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡ

ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ

ಕಳೆದ ಒಂದೂವರೆ ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಪಾರ ಪ್ರಗತಿಗಳುಂಟಾಗಿವೆ. ಬಹುಪಾಲು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಕಾರಣಗಳು ತಿಳಿದಿವೆ. ಅತ್ಯಂತ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಮದ್ದುಗಳು ಮತ್ತು ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಆದರೂ ಅವು ಬಹುಪಾಲು ಜನರಿಗೆ ದೊರಕುತ್ತಿಲ್ಲವೆಂಬುದು ಸರ್ವವೇದ್ಯ. ಜನರ ಬಡತನ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯ ಸೇವಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರಕದಿರುವುದು ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಕಾರಣಗಳೆಂಬುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಕಸಾಲೆಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಅಜ್ಞಾನ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಉದಾಸೀನ ಪ್ರವೃತ್ತಿಗಳೂ ಅಡ್ಡಬರುತ್ತಿವೆ. ವ್ಯಾಪಕ ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಬಹುದಾದ ಆರೋಗ್ಯ ಶಿಕ್ಷಣದ (Health Eduction) ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಜರೂರಾಗಿ ಆಗಬೇಕಾಗಿದೆ.

ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೆ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ವಿಚಾರಗಳನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ಅವರಾಡುವ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಳ ಹಾಗೂ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಂತಹ ಜಾಗತಿಕ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಈ ತರಹೆಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಪುಲವಾಗಿದೆ. ಕನ್ನಡ ಮತ್ತಿತರ ಭಾರತೀಯ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪ್ರಕಾರಗಳ ಅಭಾವ ಈಗಲೂ ಇದ್ದೇ ಇದೆ. "...ಭಾಷಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಮತ್ತು ಬೌದ್ಧಿಕ ಶಕ್ತಿಗಳು ಪರಸ್ಪರಾವಲಂಬಿಗಳು. ಅಪಾರ ದರ್ಶಕವೂ, ಅವಾಹಕವೂ ಆದ ಪರಭಾಷಾ ದ್ವಾರದ ಶಿಕ್ಷಣ ನಿಷ್ಫಲವಾದುದರಿಂದ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಾತಾವರಣ ಮೂಡಲಿಲ್ಲ.... ಯಾವ ಭಾಷೆಯೂ ಸಹಜವಾಗಿ ಬರಡಲ್ಲ. ಜನರ ಶಕ್ತಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯಗಳು ಅದರ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿತವಾಗುತ್ತವೆ. ಪರಭಾಷೆ ಶೈಕ್ಷಣಿಕ ಹಾಗೂ ವ್ಯವಹಾರಿಕ ಮಾಧ್ಯಮವಾದ್ದರಿಂದ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಭಾವನೆಗಳಿಗೂ, ದೇಶಭಾಷೆಗಳಿಗೂ ದೈತ್ಯ ಕಂದಕ ಬಾಯಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿದೆ" ಎಂಬ ದೇ. ಜ. ಗೌ. ಅವರ ಅನಿಸಿಕೆ ನಮ್ಮ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಾಹಿತ್ಯ ವೃದ್ಧಿಯಾಗದಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕೈಗನ್ನಡಿಯಂತಿದೆ. ಅವರು ಮುಂದುವರಿದು ಹೇಳುವಂತೆ "ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿ ಕಲಿತ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಭಾವನೆಗಳು ನೆನಪಿನ ಕೂಪದಲ್ಲಿ ಸಂಗ್ರಹವಾಗಬಹುದು ; ಆದರೆ ಅವು ಬುದ್ಧಿಗೆ ದಕ್ಕಲಾರವು ; ರಕ್ತ ಗತವಾಲಾರವು; ಬದುಕಿನ ಭಾಗವಾಗುವೂದೂ ಇಲ್ಲ." ಇದರಿಂದ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತಿತರ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಜ್ಞಾನದ ತತ್ವ ಮತ್ತು ಸಂದೇಶಗಳನ್ನು ಜನರಿಗೆ ತಲ್ಪಿಸುವ ವಾಹಕವಾದ ಸರಳ ಸಾಹಿತ್ಯ ಪ್ರಕಾರಗಳು ಅಷ್ಟಾಗಿ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಗೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು

ಜನ ಅನಕ್ಷರಸ್ಥರಾಗಿರುವ ಸನ್ನಿವೇಶದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಾಹಿತ್ಯ ನಿರ್ಮಾಣವಾದರೂ, ಅದರ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಎಂಬ ಶಂಕೆಯೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈಗ ದೇಶದ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಸಾರವಾಗುತ್ತಿರುವ ಬಾನುಲಿ ಮತ್ತು ದೂರದರ್ಶನಗಳಂತಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳ ಮೂಲಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸಂದೇಶಗಳನ್ನು ಬಿತ್ತರಿಸಬಹುದು. ಇವುಗಳಿಗೂ ಮೂಲ ಪ್ರೇರಣೆ ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ವಿವರಿಸುವ ಸಾಹಿತ್ಯವೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯಲಾಗದು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸುವ ಸಾಹಿತ್ಯ, ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ವಿಧದ ಸಾಹಿತ್ಯಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರ ಜೀವನವನ್ನು ಹಸನು ಗೊಳಿಸಲು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ. ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ರಚನೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕೇವಲ 25–30 ವರ್ಷಗಳಿಂದೀಚಿಗೆ. ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯರು ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರಲ್ಲದ ಸಾಹಿತಿಗಳು, ಕೂಡ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖರಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಆಶಾದಾಯಕ. ಇವರುಗಳಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯದ ವಿವಿಧ ವಿಷಯಗಳನ್ನಾಧಾರಿತ ಲೇಖಗಳು, ಗ್ರಂಥಗಳು ಪ್ರಕಟಣೆಯಾಗಿವೆ. ರಾಜ್ಯ ಮತ್ತು ಕೇಂದ್ರ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅಕಾಡೆಮಿಗಳಿಂದ ಪುರಸ್ಕಾರಗಳೂ ದೊರೆಕಿವೆ ; ಹಲವಾರು ಆವೃತ್ತಿಗಳಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಜನಪ್ರಿಯವೂ ಆಗಿವೆ. ಆದರೂ ಆಗಬೇಕಾಗಿರುವುದು ಇನ್ನೂ ಅಗಾಧವಾಗಿದೆ.

ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯವನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅಡಚಣೆಗಳಿರುವುದು ಸಹಜವೆ. ಸೃಜನಶೀಲ ಸಾಹಿತಿಗಳಾದವರಿಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಷಯಗಳಲ್ಲಿ ಆಳವಾದ ಪರಿಜ್ಞಾನವಿರಲಾರದು ; ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರುವ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಸಾಹಿತ್ಯಿಕ ಭಾಷೆಯ ಪ್ರಾವೀಣ್ಯತೆ ಇರುವವರು ಅಪರೂಪ. ವೈದ್ಯಕೀಯದಂಥ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಷಯದಲ್ಲಿರುವ ಜಟಿಲ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳನ್ನು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟಕರ ಎಂಬ ಭಾವನೆಯೂ ಇದೆ. ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ತಾಂತ್ರಿಕ ಪದಗಳನ್ನು ಅಚ್ಚ ಕನ್ನಡಕ್ಕೆ ಇಳಿಸಬೇಕೆಂಬ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಉದಾರತೆಯನ್ನು ತಾಳಿದರೆ ಈ ಸಮಸ್ಯೆ ಪರಿಹಾರವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂಹೇಹವಿಲ್ಲ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರಕವಿ ಕುವೆಂಪು ಬಹಳ ಹಿಂದೆಯೆ "ನೀವು 'ವಾಟರ್' ತೆಗೆದು ಕೊಂಡು 'ಟೆಸ್ಟ್‌ಟ್ಯೂಬ್'ಗೆ 'ಪೋರ್' ಮಾಡಿ ಅಂತ ಹೇಳಿದರೂ ಸಂತೋಷ." ಎಂದು ವಿಜ್ಞಾನ ಲೇಖಕರಿಗೆ ಮಾಡಿದ ಮನವಿ ಗಮನಾರ್ಹ. ಇಲ್ಲಿ ಜನರಿಗೆ ವಿಜ್ಞಾನದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ತಿಳಸಬೇಕೆಂಬ ಉದ್ದೇಶವೇ ಹೊರತು, ಎಲ್ಲವನ್ನೂ ಕನ್ನಡದಲ್ಲೇ ಬರೆಯುತ್ತೇವೆಂಬ ಛಲ ಸರಿಯಲ್ಲ. ಬಹುಶಃ ಇಂತಹ ಧೋರಣೆಯನ್ನು ಹಲವಾರು ವೈದ್ಯ ಸಾಹಿತಿಗಳು ತಮ್ಮ ಬರವಣಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರಿಂದಲೇ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯದ ಪರಿಭಾಷೆ ಸಿದ್ಧತೆಯ ಮಾರ್ಗದಲ್ಲಿ ಬಹುದೂರ ಪಯಣಿಸಿದೆ. ಸಾಧನೆಗಳು ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿವೆ ; ಅದರ ಸಿದ್ದಿಯ ಕಾಲ ಬಹಳ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ

ಇದೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಹಲವಾರು ವಿಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ಲೇಖನಗಳು, ಗ್ರಂಥಗಳು ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಆದರೆ, "ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ" (Surgery)ಯ ವಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಲೇಖನಗಳಾಗಲೀ, ಪುಸ್ತಕಗಳಾಗಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದಂತಿಲ್ಲ. ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ಪ್ರಯತ್ನ. ವೈದ್ಯನೊಬ್ಬನ ಪ್ರತಿದಿನದ ಸಂಪರ್ಕಕ್ಕೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ಅಜ್ಞಾನ, ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರಿಸುವಲ್ಲಿ ಇರುವ ತೊಡಕುಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವರಿಂದ ದೊರೆಯ ಬೇಕಾದ ಸಹಕಾರದ ಅಭಾವಗಳೇ ಈ ಬರವಣಿಗೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆಯೆನ್ನಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಆತಂಕ, ಭಯ ಮತ್ತು ನಿಗೂಢತೆಯ ಭಾವನೆಗಳು ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಇನ್ನಿತರ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜರುಗಬಹುದಾದ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಲೇ ವಾಸಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕಿಸಲು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಉಗಮ, ಇತಿಹಾಸ, ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳು ಬಗೆಗೆ ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಒದಗಿಸಲಾಗಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮಾಡುವ ನಿರ್ಧಾರ, ರೋಗನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬಳಸುವ ವಿಧಾನಗಳು, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಏರ್ಪಾಡುಗಳು, ರೋಗಿಯ ತಯಾರಿ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಡೆಸುವ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಆರೈಕೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರಣೆಗಳು ಇಲ್ಲಿವೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿರುವ ಅನುಮಾನಗಳನ್ನು ನಿವಾರಣೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಸ್ತಾಪಗಳು ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬಹುದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಇದೆ.

ಇಲ್ಲಿರುವ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ರಚಿಸುವಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಯೊಂದರ ಇತಿಹಾಸ, ವ್ಯಾಪ್ತಿ ಮತ್ತಿತರ ವಿರಣೆಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಲಾಗಿದೆ. ಬಹುಶಃ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕವೊಂದರಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಮಾಹಿತಿಗಳು ಇಲ್ಲಿವೆಯೆನ್ನಬಹುದು. ಈ ವಿವರಣೆಗಳು ವಿದ್ಯಾವಂತ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಿಗೇ ಅಲ್ಲದೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ವೃತ್ತಿಗೆ ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳಾದ ಸೂಲಗಿತ್ತಿ, ದಾದಿ, ಆರೋಗ್ಯ – ರಕ್ಷಕರಂತಹ ಕಾರ್ಯಕರ್ತರ ತರಬೇತಿಗೂ ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಆಶಯದಿಂದ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ತಯಾರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ವ್ಯಕ್ತಿ ವಿಷಯ

ಕನ್ನಡ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಹೆಸರಾದ ಡಾ॥ ಎಚ್.ಡಿ. ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಶಿವಮೊಗ್ಗ ಜಿಲ್ಲೆಯ ಹೊಳೆಗದ್ದೆ ಎಂಬ ಕುಗ್ರಾಮದಲ್ಲಿ 1929ರಲ್ಲಿ ಜನಿಸಿದರು. ಮೈಸೂರು ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಎಂ.ಬಿ.ಬಿ.ಎಸ್, ವೈದ್ಯ ಪದವಿ (1956) ಗಳಿಸಿ, ಮುಂದೆ ಮಂಗಳೂರಿನ ಕಸ್ತೂರ್ಬಾ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜಿನಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಸ್ನಾತಕೋತ್ತರ ಎಂ.ಎಸ್.ಪದವಿ (1966) ಗಳಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದಾರೆ. ಶಿಕಾರಿಪುರ, ಕೆ.ಜಿ.ಎಫ್, ಮೈಸೂರು, ಮಂಗಳೂರು, ಕೊಳ್ಳೇಗಾಲ, ಚಿಕ್ಕಮಗಳೂರು, ಶಿವಮೊಗ್ಗ ಹೀಗೆ ಹಲವು ಕಡೆ ಸರ್ಕಾರಿ ವೈದ್ಯರಾಗಿ ಸುಮಾರು 28 ವರ್ಷಗಳ ಸುದೀರ್ಘ ನಿಸ್ಪೃಹ ಸೇವೆಯಿಂದ ವೃತ್ತಿ ಘನತೆಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿದವರು; ಅಪಾರ ಜನಮನ್ನಣೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡವರು.

ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸಾಹಿತ್ಯರಚನೆ ಚಂದ್ರಪ್ಪ ಗೌಡರ ಪ್ರವೃತ್ತಿ. ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳ ಕೊರತೆಯಿದೆ ಎನ್ನುವ ನೆಪವೊಡ್ಡಿ ವಿಜ್ಞಾನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಅಭಿವ್ಯಕ್ತಿ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನೇ ಪ್ರಶ್ನಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಲಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ವಿಜ್ಞಾನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಕನ್ನಡ ಸಮರ್ಥ ಎಂದು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟವರಲ್ಲಿ ಡಾ॥ ಚಂದ್ರಪ್ಪಗೌಡರು ಪ್ರಮುಖರು. ಸರಳ, ಸುಲಭ ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಲೇಖನಗಳನ್ನು ಬರೆದು ಮುಂದಿನವರಿಗೆ ದಾರಿ ತೋರಿದವರು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತಗೊಳ್ಳದೆ 24 ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಗ್ರಂಥಗಳು ಹಾಗೂ 250 ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಲೇಖನಗಳ ಇಳುವರಿ ಅವರದು.

ಮೂರು ಸಾರಿ ಕರ್ನಾಟಕ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅಕಾಡೆಮಿ ಪುಸ್ತಕ ಪುರಸ್ಕಾರ, ಆರ್ಯಭಟ, ಗೊರೂರು, ಕುವೆಂಪು ವೈದ್ಯ ಸಾಹಿತ್ಯ ವಿಶ್ವ ಮಾನವ ಪ್ರಶಸ್ತಿಗಳು ಮುಂತಾದವು ಸಾಲುಸಾಲಾಗಿ ಅವರನ್ನು ಅರಸಿ ಬಂದವು. ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಅವರಿಗೆ ಹೃದಯಾಘಾತವಾಗಿ ದೇಹದ ಕಸುವು ಕುಗ್ಗಿದೆ ; ಈಗೀಗ ಸಾಹಿತ್ಯ ಕೃಷಿಯೂ ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರೌಢಶಾಲಾ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಸ್ವಾತಂತ್ರ್ಯ ಚಳುವಳಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಂಡು, ಶ್ರೀಯುತರು 'ಮೈಸೂರು ಚಲೋ' ಚಳುವಳಿಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿ ಸೆರೆಮನೆಗೆ ಹೋದವರು. ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಗಾಂಧೀಜಿಯವರಿಗೆ ಒಲಿದವರು ; ಗಾಂಧೀವಾದವನ್ನು ಬದುಕಿ ತೋರಿದವರು.

ಅರ್ಪಣೆ

ರಾಷ್ಟ್ರಕವಿ
ಕುವೆಂಪು ಅವರಿಗೆ
ಗೌರವ ಪೂರ್ವಕವಾಗಿ

ಪರಿವಿಡಿ

ಶುಭ ಸಂದೇಶ iii
ಚೆನ್ನುಡಿ iv
ಎರಡು ನುಡಿ v
ಅಧ್ಯಕ್ಷರ ಮಾತು vi
ಪ್ರಕಾಶಕರ ಮಾತು vii
ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿ ix
ಮುನ್ನುಡಿ x
ಮರು ಮುದ್ರಣ ಕುರಿತು ಎರಡು ಮಾತು xii
ಅರಿಕೆ xiv
ಪ್ರಸ್ತಾವನೆ xvii
ವ್ಯಕ್ತಿ ವಿಷಯ xx

೧. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಇತಿಹಾಸ ೧
೨. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳು ೮
೩. ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ೧೮
೪. ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಮೈನ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ೨೨
೫. ಶಿರಾಪಘಾತಗಳು ೩೬
೬. ಕಣ್ಪೊರೆ ೫೪
೭. ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ೬೪
೮. ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸಿಕ್ಕಿದಾಗ ೭೫
೯. ಗಾಯ್ಟರ್ ೮೦
೧೦. ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ೯೦
೧೧. ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣು ೧೦೩
೧೨. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು ೧೧೭
೧೩. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ೧೨೬
೧೪. ಕರುಳು – ತಡೆ ೧೪೦
೧೫. ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿಕೆ ೧೪೯

೧೬. ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ ೧೫೬

೧೭. ಮೊಳೆ ರೋಗ ೧೬೩

೧೮. ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಹಲಗಾಲಿ ೧೭೪

೧೯. ಗುದಮುಂದಾಣದ ಕುರುಗಳು ೧೭೮

೨೦. ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳು ರೋಗ ೧೮೧

೨೧. ಫಿಸ್ಟುಲಾ ೧೮೬

೨೨. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ೧೮೯

೨೩. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು ೧೯೫

೨೪. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರ – ಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ೨೦೬

೨೫. ಜನನಾಗಂಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ೨೨೧

೨೬. ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ ೨೨೯

೨೭. ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು ೨೩೫

೨೮. ಹರ್ನಿಯ ೨೪೦

೨೯. ಸುನ್ನತಿ ೨೫೮

೩೦. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ೨೮೭

೩೧. ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟಮಿ ೨೬೫

೩೨. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ ೨೭೧

೩೩. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ೨೮೦

೩೪. ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ೨೯೩

೩೫. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ೩೦೯

೩೬. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ೩೧೮

೩೭. ಅಕಾರಾದಿ ಹಾಗೂ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳ ಅರ್ಥಕೋಶ ೩೩೬

ಸಾಮಾನ್ಯ
ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು

೧. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಇತಿಹಾಸ

ಭೂಮಿಯ ಮೇಲೆ ಜೀವ–ಜಂತುಗಳ ಉಗಮವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ರೋಗ ರುಜಿನಗಳೂ ಅವುಗಳ ಬೆನ್ನು ಹತ್ತಿವೆ ; ವಿಕಾಸದ ಜೊತೆಗೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ – ವಿಧಾನಗಳೂ ಮೂಡಿ ಬಂದಿವೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಯೋಚಿಸಲಾಗದ ಆದಿ ಮಾನವರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಮತ್ತೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಗಾಬರಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಿರಬೇಕು. ಸುತ್ತಲ ಪ್ರಕೃತಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಹಗಲು, ರಾತ್ರಿ, ಗ್ರಹಣ, ಗುಡುಗು, ಸಿಡಿಲು ಮುಂತಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ದೇವರು, ದೆವ್ವ, ಭೂತಗಳ, ವಿಕೋಪವೇ ಕಾರಣವೆಂದು ಆ ಕಾಲದ ಮಾನವ ನಂಬಿದ್ದನೆನಿಸುತ್ತದೆ. ತನಗುಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಕಾಯಿಲೆ–ಕಸಾಲೆಗಳಿಗೂ, ಈ ದೈವೀಶಕ್ತಿಗಳೇ ಕಾರಣಗಳೆಂದು ಅವನು ಯೋಚಿಸಿದ್ದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ ; ಪರಿಹಾರಕ್ಕಾಗಿ ಪೂಜಾರಿಗಳು ಮತ್ತು ಮಾಂತ್ರಿಕರ ನೆರವು ಪಡೆಯುವುದು ಆಗ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಅವರು ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಉಪಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ಮಂತ್ರ–ಮಾಟ, ನಾರು, ಬೇರುಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಯಶಸ್ಸು ಗಳಿಸುತ್ತಿದ್ದಿರಬಹುದು. ಮುಂದೆ, ಮಾನವನ ಬುದ್ಧಿವಿಕಾಸ ಗೊಂಡಂತೆಲ್ಲಾ, ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಾದವು ; ಕಾಯಿಲೆಗಳ ನಿಜವಾದ ಕಾರಣಗಳು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದವು ; ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ರೂಪಗೊಂಡವು.

ಜ್ವರ, ವಾಂತಿ, ಭೇದಿಗಳಂತಹ ವೈಪರೀತ್ಯಗಳ ಉಪಶಮನಕ್ಕೆ ನಾರು, ಬೇರುಗಳ ಕಷಾಯದ ಪ್ರಯೋಗ ಮೊದಲು ನಡೆಯಿತು. ಇದೇ ಮುಂದೆ "ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ" (Medicine) ವೆಂದಾಯಿತು. ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಮುಟ್ಟಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು, ಊದಿದ ಭಾಗವನ್ನು ತೀಡುವುದು, ರಕ್ತ ಸೋರುತ್ತಿರುವ ಭಾಗವನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಕಟ್ಟುವುದು, ಗಾಯ, ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಹಸಿರೆಲೆಗಳಿಂದ ಮುಚ್ಚುವುದು ಮುಂತಾದ ರೀತಿಯ ಆರೈಕೆಗಳು ಮುಂದೆ, "ಶಸ್ತ್ರಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ" (Surgery) ಎಂಬ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಿಭಾಗವಾಯಿತು. ಅದೇ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ–ವಿಜ್ಞಾನದ

ಹಲವಾರು ಶಾಖೋಪಶಾಖೆಗಳಾಗಿ ಟಿಸಿಲೊಡೆದಿವೆ.

ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ವಿಕಾರ ಅಥವಾ ರೋಗಗಳನ್ನು ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಉಪಕರಣಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಸರಿಪಡಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು "ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆ"ಯೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ವೃತ್ತಿ ಎಂದಿನಿಂದ ಆರಂಭವಾಯಿತೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಖಚಿತ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಆದಿ ಮಾನವನೊಬ್ಬನ ಗಾಯದಿಂದ ರಕ್ತ ಚಿಮ್ಮುತ್ತಿದ್ದುದನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದ ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಆದಿ ಮಾನವನೇ ಮೊದಲ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸಕ ! ಶಿಲಾಯುಗದವೆನ್ನಲಾದ ಬೆಣೆಯಾಕಾರದ ಚೂಪಾದ ಕಲ್ಲುಗಳು, ಒರಟು ಹರೆ – ಕವೆಗಳೇ ಆಗಿನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಉಪಕರಣಗಳಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಈಗ ದೊರೆತಿರುವ ೧೦,೦೦೦ ಸಾವಿರ ವರುಷಗಳಷ್ಟು ಹಿಂದಿನವೆನ್ನಲಾದ ತಲೆಬುರುಡೆಗಳನ್ನು ಕೊರೆದು ತೂತು ಮಾಡಿರುವ ಅವಶೇಷಗಳನ್ನು ಆಗಿನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಪುರಾವೆಗಳೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪುರಾತನ ಕಾಲದ ಗುಹೆಗಳ ಗೋಡೆಯ ಮೇಲಿನ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾನವನ ಕೈಬೆರಳುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದ ಗುರುತುಗಳನ್ನು, ಏಳು ಸಾವಿರ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಾಕ್ಷಿ – ಚಿತ್ರಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ

ನಮ್ಮ ನಾಗರಿಕತೆಯಾಗಿರುವಷ್ಟೇ ಪ್ರಾಚೀನ ಇತಿಹಾಸ ಇಲ್ಲಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿಗೂ ಇದೆ. ಆಯುರ್ವೇದ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ ಕ್ರಿ.ಪೂ. ೫ ಸಾವಿರ ವರ್ಷಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹಿಂದೆ ಉಚ್ಛ್ರಾಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿತ್ತೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ಆಗಲೇ ಈಗಿರುವಂತೆಯೇ ವೈದ್ಯಕೀಯದ ವಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಿಭಾಗಗಳಿದ್ದುವು. ಶಲ್ಯ (ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸಕ, Surgeon), ಬಿಷಕ್ ವೈದ್ಯ (ಔಷಧ-ಚಿಕಿತ್ಸಕ, Physician) ಮತ್ತು ಬಿಷಕ್-ಅಥವರಣ್ ವೈದ್ಯ (ತಾಂತ್ರಿಕ-ಮಾಂತ್ರಿಕ ವೈದ್ಯ)ರೆಂಬ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಕಸುಬುದಾರರಿದ್ದರು. ಕ್ರಿಪೂ. ಒಂದು ಸಾವಿರ ವರ್ಷದಲ್ಲಿದ್ದನೆನ್ನಲಾದ ಹಿಂದೂ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಸುಶ್ರುತ ಹಲವು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದುದರ ಬಗೆಗೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ಸುಶ್ರುತ ಸಂಹಿತೆಯಲ್ಲಿ ನೂರಾರು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ವಿವರಣೆಗಳಿವೆ ; ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದ ಉಪಕರಣಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿಗಳಿವೆ ; ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ನಂಜುಂಟಾಗದಿರಲು (Septic) ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಕ್ರಮಗಳನ್ನನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ನೋವಿನ ಉಪಶಮಕ್ಕೆ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಸೂಚನೆಗಳಿವೆ. ಊನರಗೊಂಡ ಮೂಗನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಲು ಈಗಲೂ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ

"ರೈನೋ- ಪ್ಲಾಸ್ಟಿ" (Rhino-Plasty) ಯನ್ನು ಆಧುನಿಕ "ಸುರೂಪಿಕ ವೈದ್ಯ" (Plastie Surgeons)ರೂ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂದರೆ ನಮ್ಮ ಪದ್ಧತಿಯೆಷ್ಟು ಮುಂದುವರಿದಿತ್ತೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೧)

ಕ್ರಿಪೂ. ನಾಲ್ಕನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ದಂಡೆತ್ತಿ ಬಂದಿದ್ದ ಅಲೆಕ್ಸಾಂಡರನ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಗ್ರೀಕರು ನಮ್ಮ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಲಾಭ ಪಡೆದುಕೊಂಡರು. ಮುಂದೆ ಉಂಟಾದ ಅರಬ್ಬರ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ಅದು ಇಸ್ಲಾಂ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿಯೊಡನೆಯೂ ಬೆರತು ಹೋಯಿತು. ನಂತರ ಈ ದೇಶವನ್ನು ಕೆಲಕಾಲ ಆಳಿದ ಬ್ರಿಟಿಷರು ತಮ್ಮ ಪದ್ಧತಿಗೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ನೀಡಿ ದೇಶೀಯ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ಕಡೆಗಣಿಸಿದರು. ಅವರು ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ತಂದ "ಆಧುನಿಕ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿ" (Modern Scientific Medicine) ನಮ್ಮ ಪ್ರಾಚೀನ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯೇ ಪುನರುತ್ಥಾನಗೊಂಡು ಮರಳಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದಿದೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ನಡೆದು ಬಂದ ದಾರಿ ದುರ್ಗಮವಾದುದು;



ಚಿತ್ರ ೧. ಸುಶ್ರುತ

ಹಾಗೂ ಕುತೂಹಲಕರ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ. ಕತ್ತರಿ, ಚಾಕುಗಳ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ನಿಷ್ಣಾತರಾಗಿದ್ದ ಕ್ಷೌರಿಕರೇ ಈ ವೃತ್ತಿಯ ಮೂಲ ಪುರುಷರೆಂದರೆ ಅಚ್ಚರಿಯಾಗಬಹುದು. ಬಾವು, ಕುರುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಡುವಷ್ಟು ಧೈರ್ಯ ಆಗ ಅವರಿಗಲ್ಲದೆ ಬೇರಾರಿಗೂ ಇದ್ದಂತಿರಲಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಅವರು "ಕ್ಷೌರಿಕ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರೆಂದೇ" (Barber Surgeons) ಹೆಸರಾದರು! ರಕ್ತ, ಕೀವುಗಳಂಥ ಗಲೀಜು ಮುಟ್ಟಬೇಕಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಈ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಆರೈಕೆ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರಿಗಿದ್ದ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಸ್ಥಾನ – ಮಾನಗಳಿರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಇತಿಹಾಸದಲ್ಲೇ ಚಿರಸ್ಥಾಯಿಯಾದ ಹೆಸರಿರುವ ಅಂಬ್ರೋಯಿಸ್ ಪಾರೆ (೧೫೧೦–೯೦) ಅಂಥ ಕ್ಷೌರಿಕನೊಬ್ಬನ ಪುತ್ರನೆಂಬುದನ್ನು ಮರೆಯಲಾಗದು. ಕ್ರಿ.ಶ. ೧೩೦೦ರ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಕ್ಷೌರಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರ ಸಂಘವೊಂದು ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದಿತ್ತು. ವೃತ್ತಿ ಕಲಿಯುವ ಅಭಿಲಾಷೆ ಇರುವವರಿಗೆ ಈ ಸಂಘದವರು ತರಬೇತಿ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಮುಂದೆ ಕೆಲವರು ಕ್ಷೌರಿಕ ವೃತ್ತಿಯನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿದರು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುವವರೇ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಸಂಘಟನೆಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡರು (೧೭೪೫). ಇನ್ನರ್ಧ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನ ರಾಜಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರ ರಾಯಲ್ ಕಾಲೇಜು (೧೮೦೦) ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಬಂದಿತು. ಅಂದಿನಿಂದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವವರಿಗೆ ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಶಿಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಯ ಹೊಸ ಯುಗ ಆರಂಭವಾಯಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ವಿಭಾಗಗಳಿಗಿಂತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ಉಚ್ಛ್ರಾಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ಅದು ಎದುರಿಸಿದ ಕೆಲವು ಎಡರು ತೊಡರುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಾನವ ದೇಹದ ಅಂಗರಚನೆಯ ವಿವರಗಳ ಪರಿಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲದೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಶವಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ ಅಂತಹ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗತಿಸಿದವರ ಕಳೇಬರವನ್ನು ಗೌರವ ಮತ್ತು ಪೂಜ್ಯ ಭಾವನೆಯಿಂದ ನೋಡುವ ಸಂಪ್ರದಾಯ ಎಲ್ಲಾ ಜನಾಂಗಗಳಲ್ಲೂ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಇದೆ. ಈಗಲೂ ಕಳೇಬರವನ್ನು ಅವಮಾನಗೊಳಿಸುವುದಾಗಲೀ, ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಿಂದ ವಿಕಾರ ಗೊಳಿಸುವುದಾಗಲೀ ನಿಷಿದ್ಧ. ಜ್ಞಾನ ಸಂಪಾದನೆಗಾಗಿ ಶವವೊಂದನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನನ್ನು ರೊಚ್ಚಿಗೆದ್ದ ಜನ ಸುಟ್ಟು ಹಾಕಿದ್ದರೆಂದರೆ, ಮಾನವನ ಅಂಗರಚನೆಯನ್ನರಿಯಲು ಎಷ್ಟು ಕಷ್ಟವಾಗಿತ್ತೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. ಯುರೋಪಿನಲ್ಲಿ ಹದಿನಾರನೆಯ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಜರುಗಿದ

ಮತೀಯ ಪುನರುತ್ಥಾನ (Renaissance)ದ ನಂತರ ಈ ತೆರನ ಕಟ್ಟುಪಾಡುಗಳು ಸಡಿಲವಾದವು. ಆಂಡ್ರಿಯಾಸ್ ವೆಸೇಲಿಯಸ್ (೧೫೧೪-೬೪) ನಂತರ ಉತ್ಸಾಹೀ ವೈದ್ಯರು ಶವಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ವಿವಿಧ ಅವಯವಗಳ ರಚನೆಯನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಗ್ರಂಥಗಳನ್ನು (Anatomy) ಪ್ರಕಟಿಸಿದರು. ವೈದ್ಯಶಾಸ್ತ್ರದ ಮುನ್ನಡೆಗೆ ಇದೇ ಮೊದಲ ಹೆಜ್ಜೆಯಾಯಿತು.

ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ ನೋವಿನ ಸಮಸ್ಯೆ ಪ್ರಧಾನವಾಗಿದ್ದು, ಈ ಪದ್ಧತಿಯ ಪ್ರಗತಿಗೆ ಇದು ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಿತ್ತು. ನೋವಿನ ಭಯದಿಂದ ತೀರಾ ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಯಾರೂ ಒಪ್ಪುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ. ಅನಿವಾರ್ಯದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ನಾಲ್ಕಾರು ಜನ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು ಕ್ಷಣಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಅದರಿಂದ ಕಳೆದ ಶತಮಾನದ ಪೂರ್ವಾರ್ಧದವರೆಗೂ ಕುರು, ಬಾವುಗಳನ್ನು ಒಡೆದು ಕೀವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಬಿಡುವುದು, ಕೊಳೆತ ಕೈಕಾಲುಗಳ ಅಂಗಚ್ಛೇದಗಳಂತಹವೇ ಬಹುಪಾಲು ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದವು. ಕ್ರಿ.ಶ. ೧೮೪೦ರ ದಶಕದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮನುಷ್ಯರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸಬಹುದಾದ "ಅರಿವಳಿಕಾ" ಸಾಧನಗಳು (Anaesthetics) ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದವು. ಮೊದಲು ಅಮೆರಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಈಥರ್, ಮತ್ತು ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಡ್‌ಗಳಲ್ಲದೆ, ನಂತರ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್‌ನಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ಕ್ಲೋರೋಫಾರಂ ಅನಿಲಗಳು ನೋವು ನಿವಾರಣೆಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿ ಮಹಾನ್ ಜಿಗಿತಕ್ಕೆ ನಾಂದಿಯಾದವು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಅಧ್ಯಾಯ ಇಲ್ಲಿಂದಲೇ ಆರಂಭವಾಯಿತು.

ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವಾಗಿ ನಂಜೇರುವುದು ಸಹಾ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಮಹತ್ತರದ ಅಡಚಣೆಯಾಗಿತ್ತು. ಕಳೆದ ಶತಮಾನದ ಅಂತಿಮ ದಶಕಗಳವರೆಗೂ ಗಾಯಗಳಾದವರು ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರು, ಬಹುಪಾಲು ನಂಜೇರಿ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗೋಚರಿಸದ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣುಗಳು ನಮ್ಮ ಸುತ್ತಲ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿದ್ದು, ಅವು ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಉಂಟು ಮಾಡುವುದೇ ನಂಜೇರುವುದರ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ವೈದ್ಯರ ಅರಿವಿಗೆ ಬರಲು ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೂ ಕಾಯಬೇಕಾಯಿತು. ಸೆಮೆಲ್‌ವೈಸ್, ಪ್ಯಾಶ್ಚರ್, ಲಿಸ್ಟರ್ ಮತ್ತು ರಾಬರ್ಟ್ ಖಾಕ್ ಮುಂತಾದ ಮಹಾನ್ ಸಂಶೋಧಕರ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಶುಚಿತ್ವದ ನಿಯಮಗಳು ಉದಯವಾದವು. ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ರೋಗಾಣುಗಳೇ (Microbes) ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಸಾಬೀತಾಯಿತು. ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೆ ಪ್ರಬಲ

ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳು (Antibiotics) ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಾದುವು. ನೋವು ನಿವಾರಣೆಯ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಹಿಂದೆ ಬಿಟ್ಟು ಜಿಗಿಯುತ್ತಿದ್ದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪದ್ಧತಿ ಈಗ ನಾಗಾಲೋಟದಿಂದ ಓಡಲಾರಂಭಿಸಿತು !

ಇಂಥಾ ಪ್ರಗತಿಗಳ ಜೊತೆ ಜೊತೆಗೇ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಉದ್ಭವ, ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರ್ಣಯಗಳಿಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಪರೀಕ್ಷಾ ಉಪಕರಣಗಳು ಶೋಧನಾಯಂತ್ರಗಳು ಕೂಡಾ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದವು. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಯಂತ್ರ, ಎಕ್ಸರೇ ಯಂತ್ರ, ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು, ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್ ಮೆಷೀನ್ (C.T. Scan, Ultra Sound) ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿದ್ಯೆಯ ಕಲಿಯುವಿಕೆ, ಮತ್ತು ತರಬೇತಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಈಗ ಅತ್ಯಂತ ದಕ್ಷ ಹಾಗೂ ಕಾರ್ಯ – ಕೌಶಲ್ಯದ ವೈದ್ಯರನ್ನು ತಯಾರು ಮಾಡುವಂತಾಗಿವೆ. ಈಗ ಅದೊಂದು ಅತ್ಯಂತ ನಯ, ನಾಜೂಕು, ಶ್ರದ್ಧೆ, ಸಹನೆ, ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆಯು ಬಹಳ ನವುರು, ನಯ, ನಾಜೂಕಿನ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಕಲೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಎಷ್ಟೇ ದುಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸುಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಂದು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರ ಕರಕುಶಲತೆಯ ಚಮತ್ಕಾರಕ್ಕೆ ಈಗ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಿಲುಕದ ಅವಯವಗಳಿಲ್ಲ. ದುರ್ಬಲವಾದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಹೃದಯಗಳಂಥ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಗಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಿ ಬೇರೆಯವರಿಂದ ದಾನವಾಗಿ ಪಡೆದ ಅವಯವಗಳನ್ನು ನಾಟಿ ಹಾಕುವ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಸಾವಿನ ದವಡೆಯಲ್ಲಿರುವವರನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸೋಜಿಗದ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಅಪರೂಪದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವಾಗಿದ್ದ ಇವು ಈಗ, ದಿನನಿತ್ಯ ಜರುಗುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗಿರುವುದು.

ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಧಾನ ಹಾಗೂ ಲಘು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಈಗ ಪ್ರಪಂಚದೆಲ್ಲೆಡೆ ತುಂಬಾ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಕೀವು, ನೋವು ಮತ್ತಿತರ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಬಹುಪಾಲು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿವೆ ; ಆದರೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗ ಬೇಕಾದ ಪ್ರಮೇಯ ಒದಗಿದಾಗ ಜನ ಹಿಂಜರಿಯುವುದು ತಪ್ಪಿಲ್ಲ. ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗದಿರುವುದೇ ಈ ತರಹೆಯ ಅಂಜಿಕೆಗೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಬಹುದು. ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಂತಹ ಜಾಗತಿಕ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯ ಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಈ ತರಹದ ಅರಿವು

ಮೂಡಿಸುವ ಸಾಹಿತ್ಯ ಅಪಾರವಾದರೆ ಭಾರತೀಯ ಭಾಷೆಗಳಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯ ವೈದ್ಯಕೀಯಸಾಹಿತ್ಯ ಇನ್ನೂ ಅಷ್ಟಾಗಿ ತಯಾರಾಗಿಲ್ಲ, ಹಾಗೂ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದಿಲ್ಲ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವಿನಿಂದಲೇ ಗುಣಪಡಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದಾದ ಕೆಲವು ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಇಲ್ಲಿ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗಿದೆ. ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನು ಅವುಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವವರು ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಈ ಬರಹ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಬಹುದೆಂದು ಆಶಿಸಲಾಗಿದೆ.

* * * *

೨. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳು

ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಸೂಕ್ತ ಅರಿವಳಿಕಾ ಸಾಧನಗಳ ನೆರವಿನಿಂದ ನೋವಿಲ್ಲದೆ ಜರುಗುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನೋವಿನ ಭಯ ಜನರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ದೂರವಾಗಿಲ್ಲ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸೂಚನೆ ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ತಿಳಿದರೂ ಭಯ, ಆತಂಕಗಳಿಂದ ತತ್ತರಿಸುವವರು ಈಗಲೂ ಇದ್ದಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಬದುಕುವುದೇ ಅಪರೂಪ, ಬದುಕಿದರೂ ಅವರು ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮೊದಲಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಮರಳಲಾರರೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜನರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. "ಆಪರೇಷನ್ ಸಫಲವಾಯಿತು; ಆದರೆ ರೋಗಿ ಬದುಕಲಿಲ್ಲ !" (Operation Successful ; Patient did not Survive!) ಎಂಬ ವ್ಯಂಗ್ಯೋಕ್ತಿ ಈಗಲೂ ಕೇಳಿ ಬರುವುದುಂಟು. ಒಂದು ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರನ್ನು ಶುಶ್ರೂಷೆ ಮಾಡುವ ವಾರ್ಡುಗಳಲ್ಲಿ ಕೊಳೆತು ನಾರುವ ಗಾಯಗಳಿಂದ ತುಂಬಿರುತ್ತಿದ್ದ ದುರ್ಗಂಧ ಮತ್ತು ಗಲೀಜು ವಾತಾವರಣದ ನೆನಪು ಈಗಲೂ ಕೆಲವರಲ್ಲುಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದು, ಅದರಿಂದಲೂ ಜಿಗುಪ್ಸೆಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಆದರೆ ಈಗ ಕಾಲ ಬದಲಾಗಿದೆ. ನೋವಾಗದಿರಲು ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಶುಚಿತ್ವ ಮತ್ತು ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ನಿಯಮಗಳ ವ್ಯಾಪಕ ಆಚರಣೆಯಿಂದ ಗಲೀಜು ಮತ್ತು ದುರ್ಗಂಧದ ವಾತಾವರಣ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಂದ ಬಹುಮಟ್ಟಿಗೆ ತೊಲಗಿದೆ. ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಅಕಸ್ಮಾತ್ ಕೀವಾದರೂ, ಅದರ ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆಯ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳಿವೆ.

ಹಲವು ತೆರನ ಹೊಸ ಹೊಸ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಯಾಂತ್ರಿಕ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಈಗ ಖಚಿತ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಮೊದಲು ಮತ್ತು ನಂತರ "ತೀವ್ರಾಸಕ್ತಿಯ ಬೆಂಬಲೋಪಚಾರ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು" (Intensive-care Facility) ಕೆಲವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಬಹಳ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇಲ್ಲಿ ೨೪ ಗಂಟೆಗಳೂ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಮುತುವರ್ಜಿಯಿಂದ ವೀಕ್ಷಿಸಿ ಬದಲಾಗವ

ಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗನುಸಾರ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆ ತೀರಾ ವಿಕೋಪಕ್ಕೆ ಹೋಗಿದ್ದರೂ, ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಲು ಈಗ ಸಾಧ್ಯ ಮತ್ತು ಅಂಥವರಿಗೆ ತಕ್ಕುದಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೀರಾ ಹದಗೆಟ್ಟು ತುರ್ತಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿದರೆ ನಿತ್ಯಗಟ್ಟಳೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ತೊಡಕುಗಳು ಅಥವಾ ಮರಣ ಸಂಭವಿಸುವುದು ಈಗ ತೀರಾ ವಿರಳ. ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಈಗ ಪರಿಪೂರ್ಣಜ್ಞಾನ ಹಾಗೂ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯ-ಕುಶಲಕರ್ಮಿಯ ಕಲಾಕೃತಿಯಂತಾಗಿದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರ :

ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ನಿರ್ಧಾರ ಹೇಗೆ ಆಗುತ್ತದೆ, ಅದನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ರೀತಿ ನೀತಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈಗ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸೋಣ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ :

ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವ ಮೊದಲು ಅವುಗಳ ಖಚಿತ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯವಾಗಿರಬೇಕು. ರೋಗಿ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿಗಳು ನೀಡುವ ಮಾಹಿತಿ, ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ತೊಂದರೆಗಳು, ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಚಿಹ್ನೆ, ಲಕ್ಷಣ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯ ಚಹರೆ, ನಾಡಿ, ಉಸಿರಾಟ, ಹೃದಯ ಬಡಿತ ಮುಂತಾದವುಗಳೂ ಸಹಾ ಕೆಲವು ಮಾಹಿತಿಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸ ಬಹುದು. ಹೊಟ್ಟೆ, ಕೈಕಾಲು ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ, ಚಲಿಸಿ, ಮಾಡುವ ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ನೋವು, ಗೆಡ್ಡೆ ಮತ್ತಿತ್ತರ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿರುವ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮಲ, ಮೂತ್ರ, ಕಫ, ರಕ್ತಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ತೆರನ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಅವುಗಳಲ್ಲಾಗಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯ ನಿರ್ಣಯ ಇನ್ನೂ ನಿಗೂಢವಾಗಿದ್ದರೆ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ದ ತರಂಗಯಂತ್ರ (Ultra Sonography) ಸಿ.ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬಿನು ಮುಂತಾದ ನವೀನ ಸಲಕರಣೆಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಕರಾರುವಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಮೈಯ ಮೇಲುಗಡೆ

ಇರುವ ವ್ರಣ ಗೆಡ್ಡೆಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ಉಂಟಾಗಿರುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿರುವ ಪ್ರದೇಶದಿಂದ ಮಾದರಿ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು "ಜೀವುಂಡಿಗೆ" ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದರಿಂದ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

ಹೀಗೆ ಹಲವಾರು ತಪಾಸಣೆಗಳಿಂದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಯ ಉದ್ದೇಶಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸೈರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಶಕ್ತನೇ ಎಂಬುದೂ ನಿರ್ಧಾರವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಶಕ್ತರೆಂದು ಕಂಡುಬಂದವರಿಗೆ ಅಗತ್ಯವಾದ ಪೂರಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಳಸಬಹುದಾದ ಅರಿವಳಿಕಾ ವಿಧಾನದ ಬಗೆಗೂ ತಜ್ಞರು ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಿಗದಿಯಾದ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳ ಮೊದಲು, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಲಿರುವ ಭಾಗದ ಕೂದಲು ತೆಗೆಸಿ, ಶುಚಿಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಜಠರ, ಕರುಳಗಳ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗುವವರಿಗೆ, ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗುದದ್ವಾರಗಳ ಮೂಲಕ ರಬ್ಬರ್ ನಳಿಕೆಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಅವುಗಳನ್ನು ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆದ ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವರು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಹಿಂದಿನ ದಿನ ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಲಘು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಪಾನೀಯ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ರೋಗಿಯಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಆತಂಕ, ಭಯಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ, ಮನಸ್ಸನ್ನು ಹಗುರಗೊಳಿಸುವ ನಿದ್ರಾಜನಕ/ ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಹಿಂದಿನ ರಾತ್ರಿ ನೀಡುವುದುಂಟು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ

ಶುಚಿತ್ವದ ಮಹತ್ವದ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಇರದ ಈಗ ನೂರೈವತ್ತು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲು ನಿಗದಿತ ಸ್ಥಾನವೆಂಬುದಿರಲಿಲ್ಲ. ಎಲ್ಲೆಂದರಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದರು. ರೋಗಿಯ ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಒಂದು ಕೊಠಡಿ, ಹೋಟೆಲು ಮುಂತಾದ ಜಾಗಗಳಲ್ಲೇ ಅವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದುದು. ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್‌ನ ಜೋಸೆಫ್ ಲಿಸ್ಟರ್ (೧೮೬೭), ಗಾಯಗಳಲ್ಲಿ ನಂಜಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸುತ್ತಲ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿರುವ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣುಗಳೇ (Bacteria) ಕಾರಣವೆಂಬುದನ್ನು ಶ್ರುತಪಡಿಸಿದ ನಂತರ ಅತ್ಯಂತ ಶುಚಿಯಾದ ವಾತಾವರಣವಿರುವ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಜಾಗಗಳಲ್ಲೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸುವ ಪದ್ಧತಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ವಿಭಾಗ, ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈಗ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯತೆ ಪಡೆದ ಜಾಗವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ದೇವಸ್ಥಾನಗಳ ಗರ್ಭಗುಡಿಗಿಂತಲೂ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಹಾಗೂ ಪವಿತ್ರ ಸ್ಥಾನಮಾನ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ಗಿದೆ. ಅವುಗಳ ನೆಲೆ, ವಿನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ನಿರ್ಮಾಣದ ವಿವರಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಧೂಳು, ಕಸ, ಕೊಳೆ, ದುರ್ಗಂಧ ಆ ವಠಾರದಲ್ಲಿ ಸುಳಿಯಲವಕಾಶವಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಕ್ರಿಮಿ ಕೀಟ, ನೊಣ, ಜಿರಲೆಗಳು ನುಸುಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿರುವಂತೆ ಕಿಟಕಿ ಬಾಗಿಲುಗಳ ವಿನ್ಯಾಸವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈಗಿನ ಬಹುಪಾಲು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಹವಾ ನಿಯಂತ್ರಣದ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಹೊರವಾತಾವರಣದ ಗಾಳಿ ಸಹಾ ಒಳಗೆ ನುಗ್ಗದ ಹಾಗೆ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಕೆಲವು ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರುಗಳಲ್ಲಿ ಒಳಗಡೆಯ ಗಾಳಿಯ ಒತ್ತಡ, ಹೊರಗಿನ ವಾತಾವರಣಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು, ಒಳಗಿನಿಂದ ಗಾಳಿ ಹೊರ ಬರಬಹುದೇ ಹೊರತು, ಹೊರಗಿನಿಂದ ಒಳಗೆ ಗಾಳಿ ನುಗ್ಗದಂತಹ ವಿನ್ಯಾಸವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೊಠಡಿಯ ನೆಲ, ಗೋಡೆ, ಚಾವಣಿಗಳು ಅತ್ಯಂತ ನುಣುಪಾಗಿಟ್ಟು, ಬಣ್ಣ ಬಳಿದು, ಧೂಳು ಕೂರಲು ಅವಕಾಶಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲದಂತಿರುತ್ತದೆ. ಅವಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಪ್ರತಿದಿನ ತೊಳೆದರೂ ಹಾಳಾಗದಂಥ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಬಳಸಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಬಟ್ಟೆ – ಬರೆ ಮತ್ತಿತರ ಶಸ್ತ್ರ – ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು "ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸುವ" (Sterilization) ವಿಭಾಗ, ಪ್ರಧಾನ ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಕೈ ಶುಚಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ, ರೋಗಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗಿ ಎಚ್ಚರಗೊಳ್ಳುವತನಕ ತೀವ್ರ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ಆರೈಕೆಮಾಡುವ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಾಮಾನು ಸರಂಜಾಮುಗಳನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿಡುವ, ಕೊಳಕಾದ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಡುವ – ಸಲುವಾಗಿ ವಿವಿಧ ಕೊಠಡಿಗಳು ಈ ವಿಭಾಗಕ್ಕೇ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗಾಗಿ ಹಲವಾರು ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೋಟರುಗಳ ಸಮುಚ್ಚಯಗಳೇ ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿರುವುದುಂಟು.

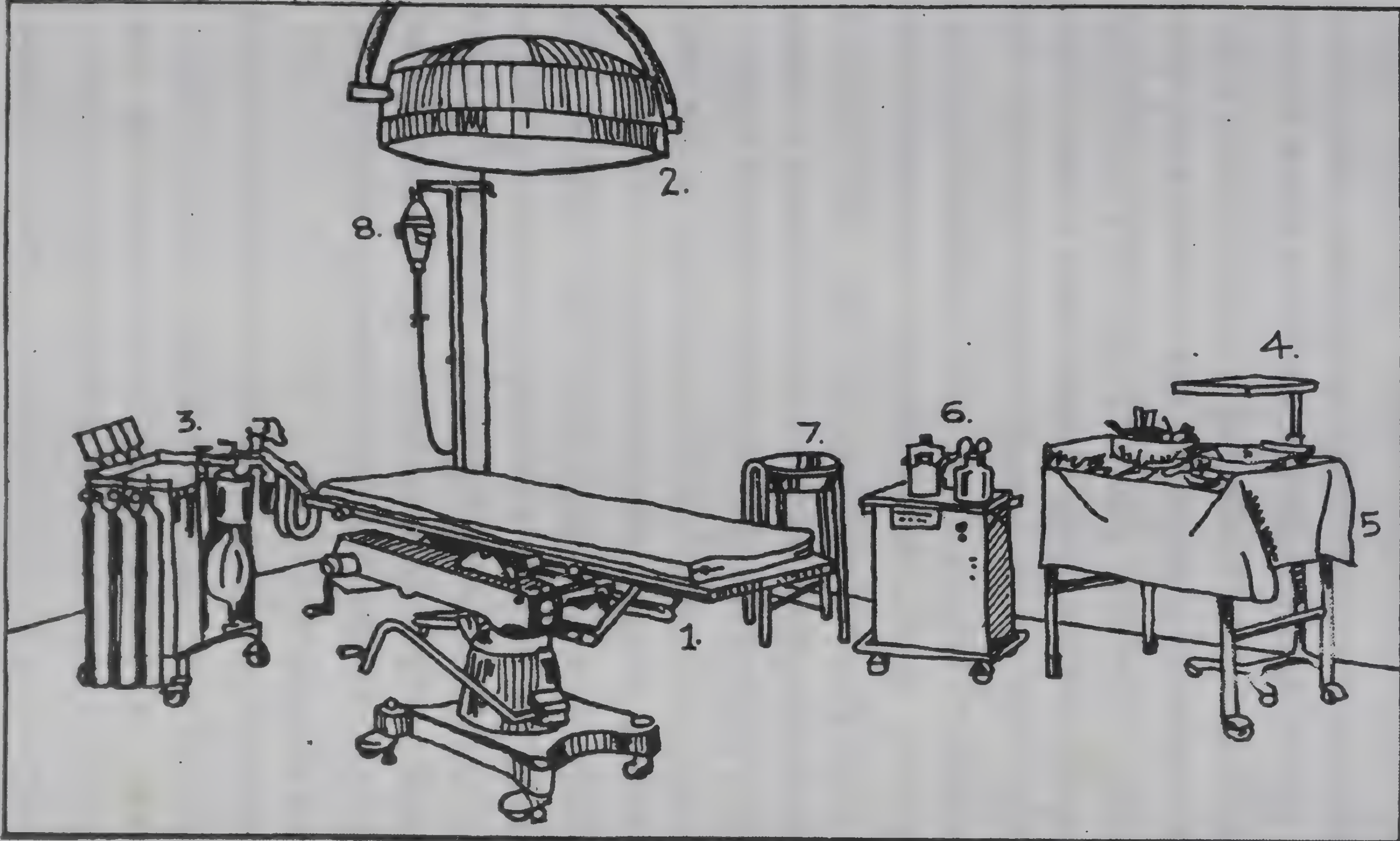
ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಆಪರೇಷನ್ ಟೇಬಲ್‌ಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಟೇಬಲ್ಲುಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ, ರಚನೆಗಳು ಅತ್ಯಾಧುನಿಕ ಯಂತ್ರ ಕೌಶಲ್ಯದಿಂದ ತಯಾರಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವನ್ನು ಮೇಲೆ ಕೆಳಗೆ ಏರಿಸಲು, ಯಾವ ಕಡೆಗೆ ಬೇಕಾದರೂ ತಿರುಗಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಹೈಡ್ರಾಲಿಕ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯೊಳಗೆ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಗಾಳಿ ಬರದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿದ್ದರೂ, ಬೆಳಕು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಕಾಶಮಾನವಾದ, ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಬಲ್ಬುಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ ಶಾಖರಹಿತ ದೀಪಗಳನ್ನು ಮೇಲ್ಛಾವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕೆಲವು ಚಲಿಸಬಹುದಾದ ದೀಪದ ಕಂಬಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ. ಬೇಕಾದ ಕಡೆ ಬೆಳಕು ಬೀಳುವಂತೆ ಇವುಗಳನ್ನು ಚಲಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವ ಹಾಗೆ ವಿನ್ಯಾಸಗೊಳಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವವರ ಕೈಗಳ ನೆರಳು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಬೀಳದಂತೆ ಬಲ್ಬುಗಳನ್ನು (Shadow-Less) ಅಳವಡಿಸಿರುವುದು, ಇಲ್ಲಿಯ ಬೆಳಕಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ.

ಆಪರೇಷನ್ ಟೇಬಲ್ಲಿನ ಹತ್ತಿರದಲ್ಲೇ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ಮತ್ತು ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುವ ಯಂತ್ರೋಪಕರಣಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಇಟ್ಟಿರುತ್ತಾರೆ. (ಚಿತ್ರ ೨)

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಉಪಕರಣಗಳು ಅತ್ಯಂತ, ನಯ ನಾಜೂಕಾದ ವಿಶಿಷ್ಟ ದರ್ಜೆಯ ಲೋಹಗಳಿಂದ ತಯಾರಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ಬಹಳ ಪರಿಶುದ್ಧವಾಗಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರವಗಳಲ್ಲಿ (Anti Septic Lotion) ಅವನ್ನು ಸದಾ ಅದ್ದಿಡುತ್ತಾರೆ ; ಇಲ್ಲವೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡದ ಆವಿಯಂತ್ರ (High Pressure Steam Sterilizer) ಗಳಲ್ಲಿಟ್ಟು ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಮತ್ತಿತರ ಸಹಾಯಕ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರ್ಗದವರು ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆಯ ಮುಖವಾಡಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿರುತ್ತಾರೆ. ಅವರೆಲ್ಲರ ಬಾಯಿ, ಮೂಗುಗಳಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣುಗಳು ರೋಗಿಯ ಗಾಯದೊಳಗೆ ಸೇರಲವಕಾಶವಿರದಂತೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟು ಮಾಡುವುದು ಇದರ ಉದ್ದೇಶ. ಅವರ ಮೂಗು, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲುಗಳಿಂದ ದ್ರವಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಅಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ರೋಗಾಣುಗಳ ಬಗೆಗೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಆಪರೇಷನ್ ಥಿಯೇಟರ್‌ನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರವಗಳಿಂದ ತೊಳೆಯುತ್ತಾರಲ್ಲದೆ, ಕ್ರಿಮಿನಾಶಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಅವು ಆವಿಯಾಗಿ ಕೊಠಡಿಯ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಬೆರೆತು ಹೋಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ (Fumigation). ಅದರೊಳಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸುವವರೆಲ್ಲಾ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆ,



ಚಿತ್ರ ೨. ಆಪರೇಷನ್ ಕೊಠಡಿಯ ದೃಶ್ಯ ೧. ಆಪರೇಷನ್ ಟೇಬಲ್, ೨. ತೂಗುದೀಪ, ೩. ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಯಂತ್ರ, ೪–೫. ಸಲಕರಣೆಗಳ ಟೇಬಲ್, ೬. ಹೀರೆಳೆತದ (Suction) ಯಂತ್ರ, ೭. ಬಿಸಿನೀರಿನ ಬೋಗುಣಿ, ೮. ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಬಾಟಲಿ

ಚಪ್ಪಲಿಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿಕೊಂಡರಬೇಕಾಗತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ನೇರವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವ ವೈದ್ಯರು, ದಾದಿಯರು, ಮತ್ತು ಸಹಾಯಕರುಗಳೆಲ್ಲಾ ಮುಖವಾಡವನ್ನು ಧರಿಸಿದ ನಂತರ ತಂತಮ್ಮ ಕೈಗಳನ್ನು ಮುಂಗೈನ ಮೇಲ್ಭಾಗದವರೆಗೂ ಪೂತಿನಾಶಕ ಸಾಬೂನು ಮತ್ತ ಬ್ರಷ್‌ಗಳಿಂದ ೧೫-೨೦ ನಿಮಿಷ ಉಜ್ಜಿ ತೊಳೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕೆಂಬ ಕಡ್ಡಾಯ ನಿಮಯವಿದೆ. ನಂತರ ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ನಿಲುವಂಗಿಗಳನ್ನು ತೊಟ್ಟು ಕೈಗಳಿಗೆ ರಬ್ಬರ್ ಅಥವಾ ಲೇಟೆಕ್ಸ್‌ಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಗವಸುಗಳನ್ನು ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಇಷ್ಟರಲ್ಲೇ, ಅರಿವಳಿಕಾತಜ್ಞರು ರೋಗಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುವ ದಾದಿಯೂ ಸಹಾ ಜೀವಿಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆ, ಬರೆ, ಮತ್ತಿತರ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಟೇಬಲ್ಲೊಂದರಲ್ಲಿ ಜೋಡಿಸಿ ಸಜ್ಜಾಗಿರಿಸಿಕೊಂಡು ನಿಂತಿರುತ್ತಾಳೆ. ನಿಗದಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ತೆಗೆದಿರಿಸಿಕೊಂಡ ಬಟ್ಟೆ, ಬರೆ ಮತ್ತು ಇತರ ಸಲಕರಣೆಗಳ ವಿವರವಾದ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸ್ಲೇಟೊಂದರಲ್ಲಿ ಬರೆದು ಆಕೆಯ ಎದುರಿನ ಗೋಡೆಯಲ್ಲಿ ನೇತುಹಾಕುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಚಾಕು, ಕತ್ತರಿಗಳು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆಯನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಲು ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನನಾದ ಸೂಚನೆ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞರಿಂದ ಬಂದ ಕೂಡಲೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಣಿಯಾಗುತ್ತಾರೆ. ಮೊದಲು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ತೆರೆಯುವ ಜಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರಾವಣದಿಂದ ಶುಚಿಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡುವ ಜಾಗವನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ, ರೋಗಿಯ ಇನ್ನುಳಿದ ಭಾಗವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಜೀವಿಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆಗಳಿಂದ ಮುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗಬೇಕಾದ ಅವಯವದ ನೇರಕ್ಕೆ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಅಳತೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಪ್ರಧಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಚರ್ಮದ ಪದರಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಹೋದಂತೆಲ್ಲಾ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ರಕ್ತ ಹೊರ ಚಿಮ್ಮಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಸುರಿಸುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಇಕ್ಕಳಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ದಾರದಿಂದ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಲು ಸಹಾಯಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ನೆರವಾಗುತ್ತಾರೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳ ತುದಿಯನ್ನು ವಿದ್ಯುತ್ ಚಿಟಿಕೆ ಹಾಕಿ ಮುರುಟಿಸಲೂ ಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಎದಿರಾಗುವ ಮಾಂಸಖಂಡ ಮತ್ತಿತರ ಪದರಗಳನ್ನು

ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ರೋಗಪೀಡಿತ ಅವಯವ, ಗೆಡ್ಡೆ, ಅಥವಾ ಕರುಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಹೊರಗೆ ಕಾಣಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವನ್ನು ಸಹಜವಾಗಿ ಸುತ್ತುವರಿದುಕೊಂಡ ಇತರ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಅತ್ಯಂತ ನವುರಾದ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಯಿಂದ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಅಕ್ಕ ಪಕ್ಕದ ಅಂಗಾಂಗಳಿಗೆ ಇದರಿಂದ ಹಾನಿಯಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರದಿಂದ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಕಟ್ಟುವುದು. ಕರುಳಿನ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಮತ್ತೆ ತುದಿಗಳನ್ನು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು 'ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಯುವುದು', (Anastamosis) ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದು. ಮುಂತಾದ ಕಾರ್ಯಗಳು ಅತ್ಯಂತ ನಯ, ನಾಜೂಕು ಮತ್ತು ಚುರುಕಿನಿಂದ ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ನಿಯೋಜಿತ ಕಾರ್ಯ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಗಾಯವನ್ನು ಪದರ ಪದರವಾಗಿ ಜೋಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು ಮುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ತತ್ವಗಳೇ ಮೂಲಾಧಾರವಾಗಿರುವುದಾದರೂ, ಅದೊಂದು ಉನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಕಲೆಯೂ ಆಗಿದೆ. ವಿವಿಧ ಪದರಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಹೊಲಿಯುವ ಕಾರ್ಯ ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ನಡೆದಂತೆ ಕಾಣಿಸಿದರೂ, ಚಿಕಿತ್ಸಕನ ಕರಕುಶಲತೆಯ ಚಾಕಚಕ್ಯತೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಯಾವುದೇ ಹೆಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚು – ಕಡಿಮೆಯಾದರೂ, ರೋಗಿಗೆ ಮುಂದೆ ಸರಿಪಡಿಸಲಾಗದ ಹಾನಿಯಾಗಬಹುದು ; ಜೀವಕ್ಕೆ ಸಂಚಕಾರ ಒದಗಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯನಾದವನು ವಿಷಯದ ಬಗೆಗೆ ಅಪಾರ ಜ್ಞಾನ ಹೊಂದಿದ್ದು ಪರಿಪೂರ್ಣ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದಿರಬೇಕು. ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನುರಿತವರ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿದ ಅನುಭವವಿರಬೇಕು. ಸಂದಿಗ್ಧ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ನಿರ್ಧಾರಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತ ಸ್ಥೈರ್ಯವಿರಬೇಕು; ವೈದ್ಯಕೀಯದ ಇತರ ವಿಭಾಗಗಳ ತರಬೇತಿಗಿಂತ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿದ್ಯೆಯನ್ನು ಅಕ್ಷರಶಃ ಕೈ ಹಿಡಿದು ಕಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚಾಕುವನ್ನು ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವ ರೀತಿ, ಕತ್ತರಿಸುವ ವಿಧಾನ, ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುವುದು, ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವುದು – ಹೀಗೆ ಪ್ರತಿಯೊಂದರಲ್ಲೂ ಚಾಕಚಕ್ಯತೆ, ಚುರುಕಾದ ಕೈ ಚಳಕ, ಮಾನಸಿಕ ಏಕಾಗ್ರತೆ, ಸ್ಥೈರ್ಯ ಎದಿಗಾರಿಕೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯನ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವದಲ್ಲಿ ಮೂಡಿಬಂದಿರಬೇಕು. ಆದುದರಿಂದಲೇ 'ಹದ್ದಿನ ಕಣ್ಣು, ಹೆಂಗಸರ ಕೈ ಬೆರಳು, ಸಿಂಹದ ಗುಂಡಿಗೆ (ಹೃದಯ) ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯಸಿಗಿರಬೇಕೆಂಬ' ನಾಣ್ನುಡಿ ಇರುವುದು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಗಿದು, ರೋಗಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಜ್ಞೆ ಹಿಂದುರುಗಿದ

ನಂತರ, ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಾರ್ಡಿನಲ್ಲಿರಿಸಿ ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಮರುಕಳಿಸುವ ನೋವಿನ ಉಪಶಮನಕ್ಕೆ ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಗಾಯದಲ್ಲಿ ನಂಜಾಗದಿರಲು ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿ ರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗವಾಗುತ್ತದೆ. ತಕ್ಷಣ ಬಾಯಿ ಮೂಲಕ ಆಹಾರ ಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾರದ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಲವಣಾಂಶಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ದ್ರಾವಣ, ರಕ್ತ ಸಂಯೋಜನೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ೨-೩ ದಿನಗಳು ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು.

ಅರಿವಳಿಕೆ (Anaesthesia)

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ನೋವಿನ ಅರಿವಾಗದಂತೆ ಮಾಡಲು ಹಲವು ಸಾಧನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕೆ "ಕ್ಲೋರೋಫಾರಂ ಕೊಡುವುದೆಂದೇ" (ಈಗಲೂ ಹೇಳುವರಿದ್ದಾರೆ !) ಹೇಳಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಈಗ ಅದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಸುರಕ್ಷಿತ ಹಾಗೂ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ ಇರುವ ಈಥರ್, ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಡ್, ಟ್ರೈಲೀನ್, ಹಾಲೊಥೇನ್, ನಂತಹ ಅನಿಲಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಉಸಿರಿನ ಜೊತೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ತಲ್ಪುವ ಈ ಅನಿಲಗಳು ರಕ್ತದೊಳಗೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ "ಮತ್ತು" (Inebriation) ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಿ, ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುತ್ತವೆ. ಆರಂಭದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಅನಿಲಗಳು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಸೇರಿ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಲು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಹಿಡಿಯುತ್ತಿತ್ತು. ಈಗ ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ನೀಡುವ ಪೆಂಟಥಾಲ್ ಸೋಡಿಯಂ (Pentothl Sodium) ನಂತಹ ಮದ್ದು ರೋಗಿಯನ್ನು ಕ್ಷಣಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನನನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಈ ಮೊದಲು ನಮೂದಿಸಿದ ಈಥರ್, ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಡ್, ಹಾಲೋಥೇನ್‌ನಂಥ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದರಿಂದ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಗಿಯುವವರೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುತ್ತಾರೆ.

ಸಂಪೂರ್ಣ ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರುವ "ಜನರಲ್ ಅನೆಸ್ತೀಸಿಯ" ವಿಧಾನವೇ ಅಲ್ಲದೆ, ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ಮಾಡುವ ಹಲವು ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ಇವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಟ್ಟಾಗಿ "ಲೋಕಲ್ ಅನೆಸ್ತೀಸಿಯಾ" – ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆ ವಿಧಾನಗಳೆನ್ನುತ್ತಾರೆ. ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಜಾಗಕ್ಕೆ ನರಜಾಲದ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ನರ ಅಥವಾ ಅವುಗಳ ಸಮೂಹಗಳಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ

ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಭಾಗವೆಲ್ಲಾ "ಮರಗಟ್ಟಿ"ದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೋವಿನ ಅರಿವು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಮೈ ಮೇಲೆ ಎದ್ದಿರುವ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಲು ಕೆಲಸಾರಿ ಅಶಕ್ತರಾದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಪ್ರಧಾನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೂ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಬೆನ್ನಿನ ಮೂಳೆಗಳ ಸಂದಿನಲ್ಲಿ ಉದ್ದನೆಯ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಸೂಜಿಯನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ನೀಡುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಮದ್ದು, ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಮೇಲೆ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರಿ, ಆ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಕೆಳಗಿರುವ ದೇಹಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನ ಮಾಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು "ಸ್ಪೈನಲ್ ಅನೆಸ್ತೀಸಿಯಾ" (Spinal Anaesthesia) ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಎದೆಗೂಡಿನಿಂದ ಕೆಳಭಾಗದ – ಹೊಟ್ಟೆ, ಮತ್ತು ಕಾಲುಗಳು – ಬಹುಪಾಲು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಶತಮಾನದಿಂದೀಚೆಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆ ಪದ್ಧತಿಯಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಹೃದಯ, ಮಿದುಳು ಮುಂತಾದ ಜೀವಾಳ ಸ್ವರೂಪದ ಅವಯವಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಮುಗಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವಾರು ಗಂಟೆಗಳೇ ಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ "ಹೃದಯ – ಶ್ವಾಸಕೋಶ" ಯಂತ್ರ (Heart lung machine) ಗಳಂತಹ ವಿಶೇಷ ಉಪಕರಣಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳೂ ಸಂಭವಿಸದಂತೆ ಹಲವಾರು ಗಂಟೆಗಳು ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದವರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅರಿವಳಿಕೆಯ ವಿಜ್ಞಾನ ಈಗ ತನ್ನ ಪರಾಕಾಷ್ಠತೆಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರಿಗೆ ದೊರೆಯುವಂತೆಯೇ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞರಿಗೂ ಅತ್ಯಂತ ಕಠಿಣ ಪರಿಶ್ರಮದ ತರಬೇತಿ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಅರಿವಳಿಕಾ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಅವನ ಜೀವ ಅಕ್ಷರಶಃ ಈ ವೈದ್ಯರ ಕೈಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆಂದರೆ ಅವರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

* * * *

೩. ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ

ನಮ್ಮ ದೇಹಕ್ಕೆ ತಗುಲಿರಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಹಲವು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬಾಹ್ಯ ವೀಕ್ಷಣೆಯಿಂದಲೇ ಕೆಲವು ರೋಗಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ, ಮತ್ತೆ ಕೆಲವನ್ನು ರಕ್ತ, ಮಲ ಮೂತ್ರಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಎಕ್ಸರೇಯಂತಹ ಯಾಂತ್ರಿಕ ಸಾಧನಗಳಿಂದ ಪರಿಶೋಧಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕಾಗಿ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ವ್ರಣದ ಮಾದರಿ ತುಣುಕನ್ನು ತೆಗೆದು ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು "ಜೀವುಂಡಿಗೆ" ಪರೀಕ್ಷೆ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. (Biopsy).

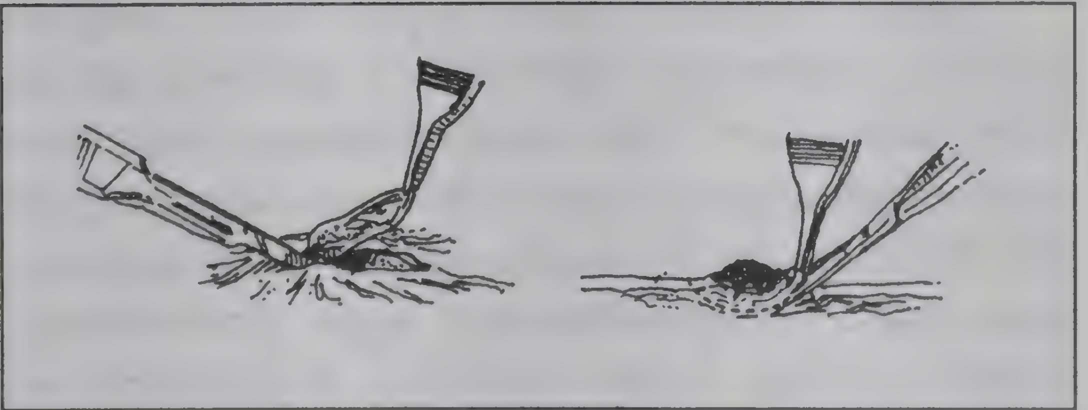
ಆಧುನಿಕ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಇದೊಂದು ಅತ್ಯಂತ ಸುಲಭ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರವಹಿಸುವ ವಿಧಾನವೆನ್ನಬಹುದು. ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯೆಂದಾಕ್ಷಣ ಹಲಸಿನ ಕಾಯಿ ಬಲಿತಿದೆಯೋ ಹಣ್ಣಾಗಿದೆಯೋ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು "ಚುಳುಕಿ" ಹಾಕುವುದರ ನೆನಪು ಬರಬಹುದಾದರೂ, ಅದರಲ್ಲಿ ಹಲವು ವಿಧಾನಗಳಿವೆ. ತೆಗೆದ ಅಂಗಾಂಶವನ್ನು ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಅದನ್ನು ಅತಿ ಚಿಕ್ಕ ಹೋಳಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ, ಗಾಜಿನ ಪಟ್ಟಿಯೊಂದಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಸಿ, ಬಣ್ಣ ಹಚ್ಚಿ, ನಂತರ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ವೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ರೋಗದ ಗುಟ್ಟು ಬಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜೀವಕಣ ಶಾಸ್ತ್ರದಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತರಾದ ವೈದ್ಯರು ಇಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಜೀವುಂಡಿಗೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ಇತರ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವಾಗ ಜರುಗಿಸುವ ಪೂರ್ವಭಾವಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜೀವುಂಡಿಗೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಷ್ಟೇ ಕಿರಿಯ ಅಥವಾ ಸರಳವಾದುದಾದರೂ, ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರಬೇಕು. ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ವ್ರಣಗಳ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಲು ಸ್ಥಳೀಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಸ್ತಾರವಾಗಿ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಬಹಳ ಆಳವಾಗಿ ನೆಲೆಯೂರಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ

ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಚರ್ಮದ ಮೇಲಿರುವ ವ್ರಣ, ಮಚ್ಚೆ, ದುರ್ಮಾಂಸ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜೀವಕಣಗಳು ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗ ಉದುರುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮವನ್ನು ಹೆರೆದು (Scraping), ಬರುವ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಗಾಜಿನ ಪಟ್ಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಬಣ್ಣ ಹಚ್ಚಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕದಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ, ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಬಹುದು. ಗರ್ಭಕೋಶ, ಗರ್ಭಕಂಠ, ಜಠರ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮುಂತಾದವುಗಳ ದ್ರವಗಳಲ್ಲಿ ಉದುರಿಕೊಂಡಿರುವ ಜೀವಕಣಗಳನ್ನೂ ಇದೇ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಸುಮಾರು ಇಪ್ಪತ್ತರ ದಶಕದಲ್ಲಿ ಪ್ಯಾಪಿನಿಕೋಲೋಪು (Papanicolau) ಎಂಬ ವೈದ್ಯ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ತಂದ ಈ ಪದ್ಧತಿ "ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್" (Pap Smear) ಎಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿಯಾಗಿದೆ. ಗರ್ಭಕೋಶ, ಗರ್ಭಕಂಠಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಈ ವಿಧಾನ ಕ್ರಾಂತಿಕಾರಕ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನೇ ಉಂಟು ಮಾಡಿದೆ. ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಹಿಳೆಯರು ವರ್ಷಕ್ಕೊಂದೆರಡು ಸಾರಿಯಾದರೂ ಸ್ವಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಗಾಗುವಂತಾದರೆ ಈ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪದ್ಧತಿಯ ವ್ಯಾಪಕ ಅನುಸರಣೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಹುಣ್ಣು ಅಥವಾ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಒಂದು ಮಾದರಿ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರಕುತ್ತವೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದಲೇ ಈ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೩)



ಚಿತ್ರ ೩. ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡದೇ, ಗೆಡ್ಡೆಯೊಳಗಡೆ ಚೇಣಿವೊಂದನ್ನು ತೂರಿಸಿ (Punch Biopsy) ಅದರ ಜೊತೆ ಬರುವ ತುಣುಕನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಮತ್ತೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಚರ್ಮವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಒಂದು ತುಣುಕನ್ನು ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. (Open Biopsy) ಗೆಡ್ಡೆ ಚಿಕ್ಕದಾಗಿದ್ದು ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಡಿರದಿದ್ದರೆ, ಇಡೀ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನೇ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. (Excision Biopsy) ಗೆಡ್ಡೆ ದೊಡ್ಡದಾಗಿದ್ದು ದೇಹದ ಒಳಾಳದಲ್ಲಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಒಂದು ತುಣುಕನ್ನು ತೆಗೆದು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯ ಸನಿಹದ ಇನ್ನೊಂದು ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಾಗಿ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಸಜ್ಜಾಗಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಜೀವಕಣ ಶಾಸ್ತ್ರ ಪರಿಣತರೊಬ್ಬರಿರುತ್ತಾರೆ. ಅತೀ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಅದರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿ ಅರ್ಧ ಗಂಟೆಯೊಳಗೆ ಫಲಿತಾಂಶ ತಿಳಿಸುತ್ತಾರೆ. (Frozen Section Biopsy). ಫಲಿತಾಂಶಕ್ಕನುಸಾರ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಶಕ್ಯವಿದ್ದರೆ ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಂಡು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರದ ಕಡೆ ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆಯಲು ಕೆಲವು ವಾರಗಳೇ ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆತ ಮೇಲೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡು, ಇನ್ನೊಂದು ಸಾರಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅನುಮಾನವಿದ್ದಾಗ ಈ ತೆರನ ಏರ್ಪಾಡುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಈಗ ಕೆಲವು ಆಸ್ಪ ತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಪಾಠವಾಗಿದೆ.

ಒಳಗಡೆ ಪೊಳ್ಳಾಗಿರುವ ಹಾಗೂ ಅತ್ಯಂತ ನವಿರಾದ ಉದ್ದನೆಯ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ಗೆಡ್ಡೆಯೊಳಗೆ ತೂರಿ ಅದರೊಳಗಿನ ದ್ರವವನ್ನು ಸಿರಿಂಜ್ ಮೂಲಕ ಹೀರಿ ತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ವಿಧಾನ (Fine Needle Aspiration Biopsy) ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿರುವ ಅತೀ ಸಣ್ಣ ಗೆಡ್ಡೆಯೊಳಗೂ ಪರಿಣತರು ಇಂತಹ ಸೂಜಿಯನ್ನು ತೂರಿಸಿ ರಸವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನು ಮೊಳಕೆಯ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಲು ಈ ವಿಧಾನದಿಂದ ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ವಿವಿಧ ಅವಯವಗಳೊಳಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ದೂರ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ

ನಾರುಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನುಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಅವುಗಳಲ್ಲಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುವ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನ ಈಗ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡೆ ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಜಠರ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಿಂದ ಈ ದುರ್ಬೀನುಗಳ ಮೂಲಕ ಒಳಗಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ವ್ರಣದ ತುಣುಕನ್ನು ಹೊರತಂದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಯಕೃತ್ತಿನ ತುಣುಕನ್ನು ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ತೂರಿಸಿದ ಸೂಜಿಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವಿಧಾನ ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಸ್ಮರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಎದೆ,ಹೊಟ್ಟೆ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಒಳಗಡೆ ಇರುವ ಗಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಇಲ್ಲವೇ ನಂತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆದ ರೋಗಪೀಡಿತ ಅಂಗ ಅಥವಾ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಮಾದರಿ ತುಣುಕನ್ನು ಮತ್ತೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದರಿಂದ, ಈ ಮೊದಲೇ ಮಾಡಿದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು; ಇಲ್ಲವೇ ಅದು ಬೇರೆ ತರಹೆಯ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದಾದರೆ ಹೊಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

* * * *

೪. ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಮೈನ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಕಾಯಿಲೆಗಳು

ಚರ್ಮದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ದೇಹದ ಹೊರಮೈಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚರ್ಮ, ಅತ್ಯಂತ ವಿಶಾಲವಾದ ಅಂಗ. ದೇಹದ ಹೊರಭಾಗದ ಅಂಗಾಂಗಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ತನ್ನೊಳಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡು, ಅವಕ್ಕೆ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಧಕ್ಕೆಯಾಗದಂತೆ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಉಷ್ಣತೆಯ ಸಮತೋಲನೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಬರುವಲ್ಲಿ ಅದು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದಂತೆ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ಅನುಪಯುಕ್ತ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬೆವರಿನ ರೂಪದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ; ಜಿಡ್ಡಿನಂತಹ ದ್ರವವನ್ನು ಸುರಿಸಿ ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಕೂದಲು ಮೃದುವಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದಲ್ಲಾಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಅರಿವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಪಾತ್ರ ಹಿರಿದು. ಚಳಿ, ಸೆಕೆಗಳ ಅರಿವು ಚರ್ಮದಿಂದಲೇ



ಚಿತ್ರ ೪. ಚರ್ಮದ ರಚನೆ. ೧. ಕೂದಲು, ೨. ಬೆವರು ದ್ವಾರ, ೨ಎ. ಬೆವರು ನಾಳ, ೨ಬಿ. ಬೆವರು ಗ್ರಂಥಿ, ೩. ಮೇಲ್ಚರ್ಮ, ೪. ಒಳಚರ್ಮ.

ಆಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಸ್ಪರ್ಶ, ನೋವು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಸಂವೇದನಾ ಕಾರ್ಯವೂ ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕವೇ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಬಾಹ್ಯ ಮತ್ತು ಅಂತರಂಗಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಅತೀ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೆ ಚರ್ಮ ಸ್ಪಂದಿಸುವಷ್ಟು ಚುರುಕಾಗಿ ಬೇರಾವ ಅಂಗವೂ ಸ್ಪಂದಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದರಲ್ಲಾಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೪)

ಚರ್ಮ, ಹಲವು ಪದರಗಳಿಂದ ರಚಿತವಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ಚರ್ಮ (ಹೊರಚರ್ಮ) ಮತ್ತು ಒಳಚರ್ಮ (ನಿಜಚರ್ಮ) ಪ್ರಮುಖ ವಿಭಾಗಗಳು. ಹೊರ ಚರ್ಮದ ಬಹುಪಾಲು ಜಡ್ಡು ಕಟ್ಟಿದ ತೀರಾ ತೆಳುವಾದ ಒಂದು ತೆರನ ನೀರ್ಜೀವ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಹಾಲೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಒಳಚರ್ಮ ೧-೨ ಸೆಂ.ಮೀ.ನಷ್ಟು ದಪ್ಪಗಿದ್ದು ಅದರ ಬಹುಪಾಲು ತಂತುಗೂಡಿದ ಕೊಬ್ಬೂತಕದಿಂದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪದರದ ಊತಕದಲ್ಲಿ ಕೂದಲಿನ ಬುಡದ ಕೋಶಿಕೆಗಳು, ಬೆವರು ಮತ್ತು ಮೈಜಿಡ್ಡಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ನೆಣ, ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ನರತಂತುಗಳು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಹಾಸು ಹೊಕ್ಕಾಗಿ ಹರವಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

ಚರ್ಮದಲ್ಲಿರುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿಭಾಗಗಳು ಮತ್ತು ಗ್ರಂಥಿಗಳು ರೋಗಪೀಡಿತವಾಗಬಲ್ಲವು. ಚರ್ಮವ್ಯಾಧಿಗಳ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವೈದ್ಯ ಪರಿಣತೆಯ ವಿಭಾಗವೇ ಇದೆ. ಶಸ್ತ್ರ-ವೈದ್ಯದ ವ್ಯಾಪ್ತಿಗೆ ಬರುವ ಕೆಲವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಜಡ್ಡು (Callosity)

ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗ ಪದೇ ಪದೇ ಒತ್ತಡ ಇಲ್ಲವೆ ತಿಕ್ಕಾಟಕ್ಕೊಳಗಾದಾಗ ಹೊರಚರ್ಮ ದಪ್ಪವಾಗಿ ಜಡ್ಡುಗಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಹಾರೆ, ಗುದ್ದಲಿಗಳಂತಹ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಹಿಡಿದು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ಅಂಗೈ ಮತ್ತು ಬೆರಳುಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮ ಜಡ್ಡುಗಟ್ಟಿ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಸರಿಯಾಗಿ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗದ ಬೂಟು, ಚಪ್ಪಲಿಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವವರ ಪಾದಗಳಲ್ಲೂ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಾಗುವುದುಂಟು. ಪದ್ಮಾಸನ ಹಾಕಿ ಕೂರುವವರ ಹರಡು, ಮೊಣಕಾಲೂರಿ ಪ್ರಾರ್ಥಿಸುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಮನೆಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ಮಂಡಿಗಳಲ್ಲೂ ಈ ತರಹೆಯ ಜಡ್ಡು ಬೆಳೆಯುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ಜಡ್ಡು, ಸುತ್ತಲ ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟದಿಂದ ಎದ್ದುಕಾಣುವುದಾದರೂ, ಅದಕ್ಕೊಂದು ಸೀಮಿತ ಎಲ್ಲೆ ಅಥವಾ ಅಂಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರಲಾರದು. ಬಹುಪಾಲು

ಜಡ್ಡುಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂಗಾಲಿನಲ್ಲಿರುವ ಜಡ್ಡುಗಳ ಮೇಲೆ ಭಾರ ಹಾಕಿ ನಡೆಯುವಾಗ ನೋವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವನ್ನು ಹರಿತವಾದ ಚಾಕುವಿನಿಂದ ಹೆರೆದು ತೆಗೆಯುವುದರಿಂದ ನೋವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲವು ತೆರನ ತೀಕ್ಷ್ಣ ರಾಸಾಯನಿಕ ದ್ರಾವಣಗಳನ್ನು ಜಡ್ಡು ಇರುವ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಲೇಪಿಸುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಬಹಳ ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡುವ ಜಡ್ಡುಗಳ ಸುತ್ತ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯ ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಜಡ್ಡು ಬೆಳೆಯುವ ಸಂಭವವಿರುವ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ತಿಕ್ಕಾಟದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಿದರೆ, ಅವು ಮತ್ತೆ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರವು.

ಕಲ್ಲೊತ್ತು, ಆಣಿ (Corn)

ಆಣಿ ಅಥವಾ ಕಲ್ಲೊತ್ತು ಸಹಾ ಜಡ್ಡಿನಂತ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ. ಆದರೆ ಇವುಗಳಿಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ಎಲ್ಲೆ ಅಥವಾ ಅಂಚು ಇರುತ್ತದೆ ; ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಚಪ್ಪಲಿ ಬೂಟುಗಳು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗದೆ ತಿಕ್ಕಾಟದಿಂದುಂಟಾಗುವ ಕಲ್ಲೊತ್ತುಗಳು ಗಡಸಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹೊರಚರ್ಮದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಗುಂಪಿನಿಂದಾದ ಕೊಂಬಿನಂತಹ ಬಿರಡೆ (Plug) ಇರುತ್ತದೆ. ನಡೆದಾಡುವಾಗ ಈ ಬಿರಡೆಯ ಮೇಲೆ ಬೀಳುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಪಾದದ ಸ್ಪರ್ಶ–ನರಗಳ ತುದಿ ಉದ್ರೇಕಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ; ಅದರಿಂದಾಗುವ ಬೇನೆಯಿಂದ ರೋಗಿ ಕುಂಟಿಕೊಂಡು ನಡೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡವಿರದ ಕೈ ಮತ್ತು ಪಾದಗಳ ಬೆರಳುಗಳ ನಡುವೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಆಣಿಗಳು ಮೃದುವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಆಣಿ ಶುರುವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಒತ್ತಡಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಚಪ್ಪಲಿ, ಬೂಟುಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಿಟದರೆ ಕಲ್ಲೊತ್ತು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಬಹುದು. ಸಾಲಿಸಿಲಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಮಿಶ್ರಿತ ಮುಲಾಮ ಹಚ್ಚುತ್ತಿರುವುದರಿಂದಲೂ ಕೆಲವು ಆಣಿಗಳು ಕರಗಿ ಹೋದಂತಾಗುತ್ತವೆ. ನುರಿತ ಕರ–ಪಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು (Chiro podists) ತಮ್ಮ ಕೈಚಳಕದಿಂದ ಇಂಥ ಕಲ್ಲೊತ್ತುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಕಲ್ಲೊತ್ತಿನ ಸುತ್ತ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚಿ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಸುತ್ತ ಆಳವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ಅವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು. ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಒತ್ತಡ / ತಿಕ್ಕಾಟವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡರೆ ಅವು ಮರುಕಳಿಸಲಾರವು.

ನರೂಲಿ (Wart)

ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ, ಗುಂಪು ಗುಂಪಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವ ಹೊರ ಚರ್ಮದ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಗೆ 'ನರೂಲಿ' ಎಂದು ಹೆಸರು; ಸೂಕ್ಷ್ಮ ವಿಷಾಣು (ವೈರಸ್)ಗಳ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೈ, ಕಾಲು, ಬೆರಳು, ಮುಂಗಾಲುಗಳಲ್ಲೇ ನರೂಲಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಅವು ಏಳುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕಕ್ಕೆ ಬರುವ ಅಕ್ಕ ಪಕ್ಕದ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಅವು ಹರಡುವುದುಂಟು. ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಉದುರಿ ಬಿದ್ದು ಹೋಗಬಹುದು. ತೊಂದರೆ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ನರೂಲಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬಹುದು ; ಎಲೆಕ್ಟ್ರಿಕ್ ಕರೆಂಟಿನಿಂದ ಚಿಟಿಕೆ ಹಾಕಿ (Cautery) ತೆಗೆಯುವುದು ಇನ್ನೂ ಸುಲಭ. ಗ್ಲೇಸಿಯಲ್ ಆಸಿಟಿಕ್ ಆಸಿಡ್, ಫೀನಾಲ್, ಮೈಲುತುತ್ತ ಮುಂತಾದ ತೀಕ್ಷ್ಣ ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳಿಂದ ಉಜ್ಜುವುದರಿಂದಲೂ ಕೆಲವು ಸವೆದು ಹೋಗುತ್ತವೆ.

ಕುರು (Abscess, Boil)

ಮೈ ಮೇಲೆ ಕೀವು ತುಂಬಿದ ಗುಳ್ಳೆಗಳಾಗದವರೇ ಇಲ್ಲವೆನ್ನಬಹುದು. ನಮ್ಮ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣುಗಳು ಸುತ್ತುವರಿದುಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹು ಪಾಲು ನಿರುಪದ್ರವಿಗಳು. ಆದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಕುಂದುಂಟಾದಾಗ ಹಾಗೂ ಗಾಯಗಳಾದಾಗ, ಜೀವಾಣುಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ನಂಜು ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಕುರು, ಬಾವುಗಳಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತವೆ. ಸ್ಟೆಫೈಲೋ ಮತ್ತು ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋ – ಕಾಕೈ ಎಂಬ ರೋಗಾಣುಗಳೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಇವುಗಳ ಸೋಂಕಿಗೆ ಮೂಲ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಬೆವರಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ದ್ವಾರ, ಕೂದಲು ಬುಡದ ರಂಧ್ರಗಳ ಮೂಲಕವೂ ರೋಗಾಣುಗಳು ಒಳನುಗ್ಗಿ ಕೀವುಗಟ್ಟುವಂತೆ ಮಾಡುವುದುಂಟು. ಕಣ್ಣು ರೆಪ್ಪೆಯ ಕೂದಲ ಬುಡದಲ್ಲಿ "ಕಣ್ಕುಟಿಕೆ"ಯಾಗುವುದು ಈ ರೀತಿಯಿಂದಲೇ.

ಹೀಗೆ ಚರ್ಮದ ಬಿರುಕಿನಲ್ಲಿ ಒಳ ಸೇರಿದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅಪಾರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ವಿನಾಶದ ಕಾರ್ಯ ಶುರುವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಶರೀರದೊಳಗಿನ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬಿಳಿ ರಕ್ತಕಣಗಳು

ಅಲ್ಲಿಗೆ ಧಾವಿಸಿ ಬಂದು ಹೋರಾಟ ನಡೆಸುತ್ತವೆ; ಉರಿಯೂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ ; ನೋವು ಕಾಣಿಸಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಆ ಜಾಗ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಕೆಂಪಡರುತ್ತದೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿನ ಜ್ವರ ಕೂಡ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಕೆಂಪಡರಿದ ಜಾಗದ ಶಾಖ ಸುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚಿದ್ದು, ಮುಟ್ಟಿದರೆ ವಿಪರೀತ ನೋವಾಗುತ್ತದೆ. ಕುರು ಏಳುತ್ತಿರುವ ಜಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತ ಮುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶದ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ನಾಶವಾಗಿ, ಕೊಳೆತು, ಕೀವಿನ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ರೋಗಾಣುಗಳು ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ, ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಹರಡಿ ರಕ್ತನಂಜನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಯೂ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಕುರು, ಬಾವುಗಳು, ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಮುಖಾಂತರವೂ ಅವು ಸಂಚರಿಸಿ ಆಯಾ ಪ್ರದೇಶದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟು ಮಾಡಿ "ಹದಗಳಲೆ"ಗಳಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು.

ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಉರಿಯೂತಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ನಶಿಸಿ ಹೋಗಬಹುದು. ದೇಹದ ಒಟ್ಟಾರೆ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವವರಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳದ್ದೇ ಮೇಲುಗೈ ಆಗುತ್ತದೆ. ನ್ಯೂನಪೋಷಣೆ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿರುವವರು ಪದೇ ಪದೇ ಈ ತರಹ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಂದ ನರಳುವುದು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯ.

ಕುರುಗಳು ಶುರುವಾಗುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್‌ನಂಥ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಅವು ಹಾಗೇ ನಶಿಸಿಹೋಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಕುರುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬಾವಿನ ಊತ ಸುತ್ತಲ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ವಿಶಾಲವಾಗಿ ಪ್ರಸರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ, ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಕೆಲಸಾರಿ ಕುರುವಿನ ಮೇಲ್ಮೈಯನ್ನು ಶೀತಲೀಕರಿಸಿ, ಅದನ್ನು ತೂತು ಮಾಡಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಬಹುದು. ಬಹಳಷ್ಟು ಕುರುಗಳಿಗೆ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಕಷ್ಟು ಅಗಲವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ, ಗವಸು ತೊಟ್ಟ ಬೆರಳನ್ನು ಕುರುವಿನ ಒಳಭಾಗದೊಳಗೆ ತೂರಿ ಅದರೊಳಗಿನ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಪದರಗಳನ್ನು ಹರಿದು ಕೀವು ಮತ್ತು ಕಸರುಗಳನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯಬೇಕು. ಖಾಲಿಯಾದ ಕುರುದ ಗುಳಿಯಲ್ಲಿ ಬಟ್ಟೆಯ ಟೇಪಿನ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಅದುಮಿ, ತುರುಕಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಇಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇರುವವರಲ್ಲಾಗುವ "ಬೆನ್ನು ಪಣಿ"ಯನ್ನು (Carbuncle) ವಿಶಾಲವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ

ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ದಿನಗಳು ಗಾಯವನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಶುದ್ಧಿ ಮಾಡಿ ಪಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುತ್ತಿರಬೇಕು. ಮತ್ತು ಸೂಕ್ತ ಜೀವರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಉಗುರುಸುತ್ತು (Whitlow)

ಕೈ ಬೆರಳಿನ ಉಗುರಿನ ಮಡಿಕೆಯ ಸಂಧಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅಚಾತುರ್ಯದಿಂದ ಸೂಚಿ ಚುಚ್ಚುವುದು, ಉಗುರು ತೆಗೆಯುವಾಗ ಸಣ್ಣ-ಪುಟ್ಟ ಗಾಯಗಳಾದಾಗ ರೋಗಾಣುಗಳು ಉಗುರಿನ ತಳವನ್ನು ಸೇರಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾಗಿ ಕೀವುಗಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಶುರುವಾಗುವ ಉಗುರು ಸುತ್ತು, ಮೊದಲು ಉಗುರಿನ ಒಂದು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಊದಿಕೊಂಡು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ ಅದು ಇಡೀ ಬೆರಳಿನ ತುದಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಊತ ನೋಡುವುದಕ್ಕೆ ಚಿಕ್ಕದಾಗಿದ್ದರೂ ಬಾಧೆ ತಡೆಯಲಾರದಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲೇ ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೆ ಅದು ನಶಿಸಿ ಹೋಗಬಹುದು. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೈ ಉಗುರುಗಳನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು, ಬೆರಳುಗಳನ್ನು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಉಗುರುಸುತ್ತು ಉಂಟಾಗಲಾರದು. ಉಗುರಿನ ಸುತ್ತ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಕೀರು ಗಾಯಗಳಾದರೂ, ಅವನ್ನು ಶುಚಿ ಮಾಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದರಿಂದ ಉಗುರುಸುತ್ತಿನಂಥ ಬೇನೆ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರದು.

ಒಳ-ಬೆಳೆವ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟುಗುರು (In-Growing Toenail) ಕತ್ತುಗ್ಗುರು

ಕಾಲು ಬೆರಳು, ಅದರಲ್ಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ "ಒಳ-ಬೆಳೆವ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟುಗುರು" ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉಗುರು ಸುತ್ತಿಗೆ ಹೋಲಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಇದು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಾರಣವೇ ಬೇರೆ. ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಉಗುರಿನ ಇಕ್ಕೆಲಗಳ ಅಂಚುಗಳು ಊರ್ಧ್ವಮುಖವಾಗಿ ಕೊರೆಯುತ್ತಾ ಬೆಳೆದು ಬೆರಳಿನ ಅಂಗಾಂಶದಲ್ಲಿ ಗಾಯವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಬಿಗಿಯಾದ ಬೂಟುಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವವರ ಉಗುರುಗಳು ಕೆಳಮುಖವಾಗಿ ಒತ್ತುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಅಂತಹವರ ಪಾದಗಳಲ್ಲಿ ಸದಾ ತೇವದ ವಾತಾವರಣ ಇರುವುದು ರೋಗಾಣುಗಳ ಸೋಂಕಿಗೆ ಇಂಬುಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಲುಬೆರಳಿನ ಉಗುರಿನ ತುದಿಯನ್ನು ತುಂಬಾ ಒತ್ತಾಗಿ, ಅದು ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಜಾಗದವರೆಗೂ ಕತ್ತರಿಸಿ

ತೆಗೆಯುವುದರಿಂದಲೂ, ಉಗುರಿನ ತುದಿ ಒಳಮುಖವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಲು ಅನುಕೂಲ ಮಾಡಿ ಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಒತ್ತಾಗಿ ತೆಗೆದಾಗ ಆಗಬಹುದಾದ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಸಹಾ ತಗುಲಬಹುದು. ಕೆಲವರಲ್ಲಂತೂ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟಿನ ಉಗುರಿನ ಒಳ ಮತ್ತು ಹೊರ ಅಂಚುಗಳು ಅದರ ಅಂಗಾಂಶದಲ್ಲಿ ಹೂತುಕೊಂಡಿದ್ದು, ಎರಡೂ ಪಕ್ಕದ ಚರ್ಮ ಉಬ್ಬಿ ಬೆಳೆಯುವುದರಿಂದ ಉಗುರು ಮುಚ್ಚಿ ಹೋದಂತಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಡೀ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟು ಕೀವುಮಯವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡು ಸಹಿಸಲಾರದಷ್ಟು ಬೇನೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಪಾದ ಮತ್ತು ಬೆರಳುಗಳ ಸ್ವಚ್ಛತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಕೊಟ್ಟು, ಬಿಗಿಯಾದ ಬೂಟುಗಳನ್ನು ಧರಿಸದಿರುವುದರಿಂದ ಒಳ–ಬೆಳೆವ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟುಗುರುನಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉದ್ಭವವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. (ಆದರೂ, ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ). ಉಗುರಿನ ತುದಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವಾಗ ಅದು ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಜಾಗದಿಂದ ೨–೩ ಮಿ. ಮೀ ನಷ್ಟಾದರೂ ಮನೆಗಳ ಮೇಲ್ಛಾವಣಿಯ ಸೂರುಗಳಂತೆ ಮುಂಚಾಚುವಂತೆ ಬಿಟ್ಟು ಕತ್ತರಿಸುವುದನ್ನು ರೂಢಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಉಗುರು ಒಳಬೆಳೆವ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡಾಕ್ಷಣ ಅದನ್ನು ಮತ್ತಷ್ಟು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿ, ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟು, ಕೆಲವು ದಿನ ವೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿದು ಕೀವಾಗಿ ಬೇನೆಯನ್ನನುಭವಿಸುವವರಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆರಳಿನ ಬುಡದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೋವಾಗದಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಬೆರಳಿನ ಅಂಗಾಂಶದೊಳಗಡೆ ಕೊರೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗಿರುವ ಉಗುರಿನ ಭಾಗವನ್ನು ಅದರ ತಳದ ತನಕವೂ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಗತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಒಂದೇ ಬೆಟ್ಟಿನ ಉಗುರಿನ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಒಳ–ಬೆಳೆದಿದ್ದರೆ ಅವೆರಡು ಕಡೆ ಉಗುರಿನ ಅಂಚುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಯ ವಾಸಿಯಾದ ನಂತರ ಬಿಗಿಯಾದ ಬೂಟು ಧರಿಸದಿರುವುದು, ಉಗುರನ್ನು ಹತ್ತವಾಗಿ ಕತ್ತದಿರುವುದು, ಮತ್ತು ಪಾದವನ್ನು ಶುಚಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅವು ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸದಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ನರಗಂಟು (Ganglion)

ಕೆಲವರ ಮಣಿಕಟ್ಟು ಮತ್ತು ಬೆರಳುಗಳ ಮೇಲೆ ಅವರೆಕಾಳು ಗಾತ್ರದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳೂ ಬೆಳೆದುಕೊಂಡಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಮಣಿಕಟ್ಟನ್ನು ಎಡೆಬಿಡದೆ

ಚುರುಕಿನ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮಕ್ಕಳು, ಯುವಕರು, ಚಿತ್ರಕಲಾವಿದರು, ಟೈಪು ಮಾಡುವ ಉದ್ಯೋಗ ನಿರತರಲ್ಲಿ ಈ ಗಡ್ಡೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗೋಳಾಕಾರದಲ್ಲಿರುವ ಈ ಗಂಟುಗಳು ನುಣ್ಣಗೆ, ಗಡಸಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಿಂದ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಇದ್ದು, ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಿಂದ ಕೈಗಳ ಕೆಲಸ ಜಾಸ್ತಿಯಾದವರಲ್ಲಿ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಜೊತೆಗೆ ನೋಡುವುದಕ್ಕೂ ವಿಕಾರವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಹಲವು ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ಅಸ್ಥಿ ಮತ್ತು ಕೀಲುಗಳು ಸಮಾಗಮವಾದ ಪ್ರದೇಶ ಮಣಿಕಟ್ಟು. ಅದನ್ನು ಸುತ್ತುಮರಿದು ಕೊಂಡು ಹಲವಾರು 'ನರ'ಗಳು ("ಸ್ನಾಯುರಜ್ಜು") ಮುಂಗೈ ಕಡೆಯಿಂದ, ಅಂಗೈ ಮತ್ತು ಬೆರಳುಗಳಿಗೆ ಸಾಗುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಸ್ನಾಯುರಜ್ಜಿನ ಚಲನೆ ಸುಲಲಿತವಾಗಿರಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತೆ ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ತೆಳುವಾದ ಪೊರೆಯ ಚೀಲ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದರೊಳಗಡೆ ಲೋಳೆಯಂಥ ತಿಳಿಯಾದ ದ್ರವವಿರುತ್ತದೆ. ಮಣಿಕಟ್ಟಿಗೆ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ನಾಯುರಜ್ಜುಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿಡುವಲ್ಲಿ ತಂತು-ಗಟ್ಟಿನ ಪಟ್ಟಿಯಿರುತ್ತದೆ. ಸ್ನಾಯು ರಜ್ಜುಗಳ ಹೊರ ಪರೆಯ ಕೆಲವು ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಪಾಜೀಕರಣದಿಂದ ಈ ತೆರನ ಕೋಶಿಕೆಗಳು (Cysts) ಉದ್ಭವಿಸಲು ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ನರಗಂಟುಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಲ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೆ ಬತ್ತಿ ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಬಲವಾಗಿ ತಗಲುವ ಏಟಿನಿಂದ ಅವು ಒಡೆದು ಬತ್ತಿ ಹೋಗುವುದೂ ಉಂಟು. ಕುಟುಂಬದ ಬೈಬಲ್ ಪುಸ್ತಕದ ಅಂಚಿನಿಂದ ಬಲವಾಗಿ ಹೊಡೆವುದೇ ನರಗಂಟಿನ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯರಲ್ಲಿತ್ತು ! ನೋವು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೋ ಕಾರಣದಿಂದ ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡುವ ನರಗಂಟುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಮಿಶ್ರಿತ ಹೈಲೇಸ್ (Hylase) ಎಂಬ ಮದ್ದನ್ನು ಗಂಟಿನೊಳಗೆ ಚುಚ್ಚಿ ಅದರ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೂತು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅದರೊಳಗಿನ ಲೋಳೆ ಹೊರಬಂದು ನಂತರ ಬತ್ತಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಬತ್ತದಿರುವವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಮತ್ತೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲದ ನಂತರ ಅವು ಮರುಕಳಿಸಿದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ.

ವಸೆಗಂತಿ (Lipoma)

ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶದ ತುಣುಕುಗಳಿಂದಾದ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ

ಭಾಗದಲ್ಲಾದರೂ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. "ವಸೆಗಂತಿ"ಗಳೆಂದು ಹೇಳಬಹುದಾದ ಈ ಗಡ್ಡೆಗಳು ಅವರೆಕಾಳಿನ ಗಾತ್ರದಿಂದ ಕಾಲ್ಚೆಂಡಿನಷ್ಟು ಹಿರಿದಾಗಿರಬಹುದು. ಮುಟ್ಟಲು ಮೆದುವಾಗಿರವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಚರ್ಮದ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಅತ್ತಿಂದತ್ತ ಚಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ; ಗೆಡ್ಡೆಯ ಅಂಚುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ, ನೋವು ಅಥವಾ ಬೇರಾವ ತೊಂದರೆಗಳೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ ; ಮೈ ಮೇಲೆ ಹೊರಗೆ ಗೋಚರಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿದ್ದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಅಂದಗೆಡಿಸಬಹುದಷ್ಟೆ. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ಚುಚ್ಚಿ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು.

ತಂತು ಗಂತಿ (Fibroma)

ಚರ್ಮದ ನಡುವಿನಿಂದಲೇ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಈ ಗಂತಿಗಳು ಅವರೆಕಾಳಿಗಿಂತಲೂ ಚಿಕ್ಕದಾಗಿರಬಹುದು. ತುಂಬಾ ಗಡುಸಾಗಿರುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಯಾವುದಾದರೂ ಪ್ರಮುಖ ಅವಯವ ಸನಿಹದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಒತ್ತಡ ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು ; ನೋವು ಮತ್ತಿತರ ಒತ್ತಡದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು ; ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ನೆರವಿನಿಂದ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು.

ನರತಂತು ಗಂತಿ (Neuro Fibroma)

ನರಕೋಶಗಳ ಮೂಲದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಈ ಗಂತಿಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ವಿಧಗಳಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನರಗಳ ಹರಿವಿನ ದಾರಿಯಲ್ಲೇ ಇವು ಕಾಣ ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಚೂಪಾಗಿರುವ, ಕದಿರಿನಾಕಾರದ ಈ ಗೆಡ್ಡೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನರದ ಉದ್ದದ ಅಕ್ಷಿಯಲ್ಲೇ ನೆಲೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ ; ಅವನ್ನು ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಚಲಿಸಬಹುದು. ಗಂತಿಯನ್ನು ಒತ್ತಿದಾಗ ನರದ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ಮುಂದಿನ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಬಹುಪಾಲು ಒಂಟಿಯಾಗಿರುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಯಲ್ಲಿ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಬಹುದು. ಆದರೂ, ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಸಲುವಾಗಿ ಅಲ್ಲದೆ ಅನಾವಶ್ಯಕವಾಗಿ ತೆಗೆಯುವುದಿಲ್ಲ. ನೋವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು

ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಎರಡನೆಯ ನಮೂನೆಯದರಲ್ಲಿ ನೂರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯ ನರತಂತು ಗಂತಿಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅತಿ ಚಿಕ್ಕದಾಗಿರುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗದ ಚರ್ಮದಿಂದ ನೇತು ಬಿದ್ದುಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ, ವ್ಯಕ್ತಿ ವಿಕಾರಗೊಂಡಿರುತ್ತಾನೆ. ಅವುಗಳ ಸುತ್ತ ಚರ್ಮ ಕಪ್ಪಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಸಂಖ್ಯವಾಗಿರುವ ಇವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ನಿರರ್ಥಕ. ಇವುಗಳಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಕಲೆಗಂತಿ (Keloid)

ಗಾಯಗಳು ವಾಸಿಯಾದ ಜಾಗದಲ್ಲಿನ ಕಲೆ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಬೆಳೆದು ವಿಕೃತವಾಗುವುದನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ನೋಡಬಹುದು. ಕಲೆಯ ಅಂಗಾಂಶವೇ ಮಿತಿಮೀರಿ ಬೆಳೆಯುವ ಅಸಹಜ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅದು. ಕೆಲವರ ಮೈಯ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಗುಣವೇ ಹಾಗಿದ್ದು ಯಾವುದೇ ಗಾಯವಾದರೂ ಅಲ್ಲಿ ಕಲೆ ಗಂತಿಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಕಿವಿ ಚುಚ್ಚಿದ ರಂಧ್ರ, ಮುಳ್ಳು, ಚುಚ್ಚಿದ ಗಾಯ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆಯ ಕಲೆ, ಸುಟ್ಟ ಗಾಯದ ಕಲೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಹದ್ದುಮೀರಿ ಬೆಳೆಯುವುದರಿಂದ ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಈ ಹದ್ದುಮೀರಿದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಲ್ಲಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೋಲಿಸಲಾಗದು. ಜೀವಕೋಶಗಳು ಬರೇ ವಿಭಜನೆಯಾಗುತ್ತವೆಯೇ ಹೊರತು, ಅವುಗಳ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಿನಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮುಖ, ಕತ್ತು, ಕಿವಿ, ಎದೆ ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಾಗುವುದು. ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿ ಕಲೆ ಗಂತಿಯಾಗುವ ಲಕ್ಷಣ ವಂಶಪಾರ್ಯವಾಗಿರುವುದುಂಟು. ಗಾಯಗಳಿಗೆ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದಾಗ ಇವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.

ನಸುಗೆಂಪಿನ, ನುಣುಪಾಗಿರುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆ ತಾನು ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಉಬ್ಬಿಗೊಂಡು ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ ; ಅದಿರುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ವಿಕಾರಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಕತ್ತು, ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿರುವುವುಗಳಿಂದ ವಿಪರೀತ ಬಾಧೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಹಗುರ ಸ್ಪರ್ಶ ಮಾಡಿದರೂ, ಉರಿಯಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಲೆಗಂತಿಯಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದರೂ, ಅದು ದೂರದ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ ಹರಡುವಂತಹದ್ದಲ್ಲ.

ಕಲೆ ಗಂತಿಯಂತಹ ಸರಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೂ ಈಗಲೂ ತೃಪ್ತಿಕರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಲ್ಲ. ಅವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಿದ ಕಲೆಯಲ್ಲೇ ಮತ್ತೆ ಇಮ್ಮಡಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳ ಊತಕ್ಕೆ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಮದ್ದನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕ್ರಮವರಿತು ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಮುಂದಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಬಹುದುದಾಗಿದೆ. ಕಲೆ ಗಂತಿಯಾಗುವ ಸಂಭವಗಳು ಅಥವಾ ಸೂಚನೆಗಳಿರುವವರ ಗಾಯಗಳು ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತಲೇ, ಆ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ಎಕ್ಸರೇ ವಿಕಿರಣತೆಯುಂಟು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅದು ಉದ್ಭವವಾಗದಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಅಂಥಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.

ಜಿಡ್ಡಿನ ಗಂತಿ (Sebaceous Cyst)

ಅಂಗೈ, ಅಂಗಾಲುಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಪಸೆಯನ್ನು (ಜಿಡ್ಡು) ಒಸರುವ ಜಿಡ್ಡಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಇಲ್ಲದಿರುವ ಜಾಗಗಳಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳಿಂದ ಸದಾ ಒಸರುತ್ತಿರುವ ಪಸೆ, ಚರ್ಮ ಒಣಗದಂತಿರಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ದ್ವಾರ ತಂತಾನೆ ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗುವುದುಂಟು. ಆ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದೆ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಜಿಡ್ಡಿನ ಅಂಶವೆಲ್ಲಾ ಅದರಲ್ಲೇ ಶೇಖರವಾಗುತ್ತಾ ಗ್ರಂಥಿ ಉಬ್ಬಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಅದೊಂದು ಚೀಲದಂತಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಹಿಗ್ಗಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಸೂಜಿ ಮೊನೆಯ ಗಾತ್ರದಿಂದ ಕಿತ್ತಳೆ ಹಣ್ಣಿನಷ್ಟು ಹಿರಿದಾಗಿ ಅವು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಉಬ್ಬಿ ಕಾಣುವ ಜಿಡ್ಡಿನ ಗ್ರಂಥಿಯ ನಡುವಿನಲ್ಲಿ ಕಪ್ಪು ಚುಕ್ಕಿಯೊಂದು ತಪ್ಪದೇ ಇರುವುದು ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷಣ. ಈ ತರಹೆಯ ಇತರ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದ ಇವನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಲು ಇದು ಸಹಾಯಕಾರಿ. ಮುಟ್ಟಿದಾಗ ಮೇಣದಂಥ ಮೃದುತ್ವ ಇದರದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿ ಉರಿಯೂತದಿಂದ ಕುರುವಿನ ಸ್ವರೂಪವನ್ನು ತಾಳಿದಾಗ ನೋವು ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಮಿಕ್ಕ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದಿರುವ ಜಾಗವಿರುವಲ್ಲಿ ವಿಕಾರಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬೆನ್ನು, ಮುಖ, ತಲೆ, ವೃಷಣಚೀಲ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಇವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಗ್ರಂಥಿಯ ದ್ವಾರ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡು ಪಸೆ ಒಳಗೆ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಲ್ಲಾ ಗ್ರಂಥಿಯ ಭಿತ್ತಿಯೇ ಚೀಲದಂತೆ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುತ್ತದೆ. ಶೇಖರವಾದ ಜಿಡ್ಡು

ದುರ್ಗಂಧ ಭರಿತ ಮೇಣಲಪ್ಪದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿದ್ದು ಬೇರಾವ ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗದ ಜಿಡ್ಡು ಗಂತಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬಹುದು. ಗಂತಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚೀಲವನ್ನೂ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆಗೆಯಲಾಗದೆ, ಒಂಚೂರು ಕಣ್ತಪ್ಪಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡರೂ, ಮತ್ತೆ ವ್ಯಾಧಿ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಅದು ಕುರುವಿನಂತಾಗಿದ್ದರೆ, ಕುರುವನ್ನು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಂತೆ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ, ಕೀವು ಮತ್ತು ಜಿಡ್ಡನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯಬೇಕು. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವೇ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಗಂತಿ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗಲುವ ಮೊದಲೇ ಅದನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು ಶ್ರೇಯಸ್ಕರ.

ರಕ್ತನಾಳ ಗಂತಿ (Haemangioma)

ಕೆಲವರ ಮುಖ, ಹಣೆ, ತಲೆ, ಎದೆ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲೆ ಕಾಣಿಸುವಂತೆ ನುಣುಪಾದ ಆದರೂ ಕೊಂಚ ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡ ಹಚ್ಚ ಕೆಂಪು ಬಣ್ಣದ ವಿಶಾಲ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಊತವನ್ನು ಕೈ ಬೆರಳುಗಳಿಂದ ಒತ್ತಿದರೆ, ಅದರೊಳಗೆ ಇರುವ ರಕ್ತ ಖಾಲಿಯಾಗಿ ಆ ಜಾಗ ಬಿಳಿಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದಡಿಯ ಕಿರು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ವಿಕೃತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯೇ ಈ ಗಂತಿಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಕಾರಣ. ಇವುಗಳಿಗೆ ಸೂಜಿ ಚುಚ್ಚಿದಂಥ ಕಿರು ಗಾಯವಾದರೂ ಎಡೆ ಬಿಡದೆ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ.

ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಾಗುವ ವಿಕೃತಿಯಿಂದಾದ ಈ ಗಂತಿಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಬತ್ತಿ ಹೋಗುವುದುಂಟು. ಅವುಗಳಿಗೆ ಗಾಯಗಳಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಕುಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಬಹುದು.

ತೀರಾ ಸಣ್ಣ ರಕ್ತನಾಳ ಗಂತಿಗಳನ್ನು ಎಲೆಕ್ಟ್ರಿಕ್ ಶಾಖದ ಚಿಟಿಕೆಯಿಂದ ಸುಟ್ಟು ಮುರುಟಿಸಬಹುದು. ಇನ್ನುಳಿದವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ವ್ಯಾಪ್ತಿಯನ್ನನುಸರಿಸಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಇಲ್ಲವೆ ಪೂರ್ಣಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರದ ಮೊದಲು ಅವುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಒದಗಿಸುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಒಳಿತು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ರಕ್ತಪೂರಣೆಯ ಬಗೆಗೆ ಏರ್ಪಾಡು

ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ಎಲ್ಲಾ ರಕ್ತನಾಳ ಗಂತಿಗಳಿಗೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬೇಕಾಗಲಾರದು. ಮಗುವಿಗೆ ೬-೭ ವರ್ಷಗಳಾಗುವವರೆಗೂ ಕಾದು ನೋಡಿ ಅಪಾಯಕರ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿರುವವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದು ಸೂಕ್ತ.

ಮಚ್ಚೆ (Mole)

ಮೈ ಮೇಲೆ ಮಚ್ಚೆಗಳಿರದವರೇ ಅಪರೂಪ. ಕೆಲವು ಸೌಂದರ್ಯವರ್ಧಕ ದೃಷ್ಟಿ ಬೊಟ್ಟುಗಳಂತಿದ್ದರೆ, ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಅದೃಷ್ಟಕಾರಕಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿವೆ ! ವಿಶಿಷ್ಟ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿರುವ ಮಚ್ಚೆಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬನ ಗುರುತಿನ ಸಂಕೇತಗಳೂ ಆಗಿವೆ. ಬಹುಪಾಲು ಮಚ್ಚೆಗಳು ನಿರುಪದ್ರವಿಗಳೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೇವೆ ; ಅವು ಅಪಾಯಕಾರಿಗಳಾಗಬಹುದೆಂಬುದರ ಅರಿವು ಬಹಳ ಜನರಿಗಿಲ್ಲ.

ಚರ್ಮದ ಕಪ್ಪು ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾದ ಮೆಲನಿನ್ ಬಣ್ಣವಸ್ತು (Melanin pigment)ವಿನ ವಿಕೃತ ಶೇಖರಣೆಯೇ ಮಚ್ಚೆಗಳನ್ನಬಹುದು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ಇರುವ ಮಚ್ಚೆಗಳು ಬರುಬರುತ್ತಾ ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತವೆ. ಸೂಜಿ ಮೊನೆ ಗಾತ್ರದಿಂದ ಅಂಗೈ ಅಗಲದಷ್ಟು ವಿಶಾಲವಾದ ಮಚ್ಚೆಗಳು ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟ ಇಲ್ಲವೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲಿದ್ದಂತೆ ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಅವರೆ ಕಾಳಿನಂತೆ ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆದ್ದು ಬೆಳೆದಿರುತ್ತವೆ ; ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೂದಲು ಬೆಳೆದಿರುತ್ತದೆ. ಕಪ್ಪು ಬಣ್ಣದ ವಿವಿಧ ಛಾಯೆ ಅವಕ್ಕಿದ್ದರೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗುತ್ತಿರಬಹುದು.

ಬಹುಪಾಲು ಮಚ್ಚೆಗಳಿಂದ ಯಾವ ತೊಂದರೆಯೂ ಆಗಲಾರದು. ಆದರೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಬಹುದಾದರಿಂದ ಅವನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಬಹಳ ದಿನಗಳಿಂದ ಮಚ್ಚೆಗಳ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ತುರಿಕೆ, ಬೇನೆಯುಂಟಾಗುವುದು, ಬಣ್ಣ, ಗಾತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಸಗಳಾದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆಂದು ತಿಳಿಯಬೇಕು. ಪದೇ ಪದೇ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಗಾರುವ ಹಸ್ತ, ಬೆರಳು, ಪಾದ, ಕುತ್ತಿಗೆ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿರುವ ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಹು ಬೇಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ತೆಗೆದುಹಾಕಬೇಕು.

"ಕರ್ವಣ್ಣೇಡಿ ಗಂತಿ" (Malignant Melanoma)

ಬಣ್ಣದ ಮಚ್ಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಅತ್ಯುಗ್ರ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು.

ಇದು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆದು ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಬಿರುಸಿನಿಂದ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಅಲ್ಲದೆ ಯಕೃತ್ತು, ಶ್ವಾಸಕೋಶದಂತಹ ದೂರದ ಅವಯವಗಳಿಗೂ ಅತಿ ಜಾಗ್ರತೆಯಾಗಿ ಹರಡುವ ಸ್ವಭಾವ ಅವುಗಳದ್ದು.

ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಅಪಾಯದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದ ಮಚ್ಚೆಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಅವುಗಳ ಸುತ್ತಲ ವಿಶಾಲ ಪ್ರದೇಶವಲ್ಲದೆ, ತಳದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಆಳವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿದೆ. ಹಾಗೆ ತೆಗೆದ ಮಚ್ಚೆಯನ್ನು ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕು.

ಕರ್ವಣ್ಣೇಡಿ ಗಂತಿ ಇರುವ ಜಾಗವನ್ನೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಇನ್ನೂ ವಿಶಾಲವಾಗಿ, ಅಂದರೆ ಅದು ಬೆಳೆದಿರುವ ಕೈ ಅಥವಾ ಕಾಲನ್ನೇ ಅಂಗಚ್ಛೇದನ ಮಾಡಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಥಳೀಯ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಈಗ ಹಲವು ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳು ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತಿರುವುದು ಆಶಾದಾಯಕ ಸಂಗತಿ.

* * * *

೫. ಶಿರಾಪಘಾತಗಳು

ಮಾನವ ಶರೀರಕ್ಕಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಪಘಾತಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಈಗ ನಿಮಿಷ - ನಿಮಿಷಕ್ಕೂ ಏರುತ್ತಲೇ ಇವೆ. ನಾಗಾಲೋಟದಿಂದ ಚಿಮ್ಮುತ್ತಿರುವ ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಪ್ರತೀಕಗಳಾದ ಕೈಗಾರಿಕಾ ಕ್ರಾಂತಿ, ವಾಹನ ಸಂಚಾರ ಸೌಲಭ್ಯ ಮುಂತಾದವುಗಳೇ ಈ ಅಪಘಾತಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳು.

ಎಲ್ಲಾ ವಿಧಗಳ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದಾಗುವ ಒಟ್ಟು ಸಾವುಗಳ ಸರಣಿಯಲ್ಲಿ ತಲೆಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ನಡು ವಯಸ್ಸನ್ನು ತಲಪುವುದರೊಳಗೆ ಎಲ್ಲಾ ತರಹೆಯ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರಲ್ಲಿ ಮೂರನೆ ಎರಡರಷ್ಟು ಮಂದಿ "ಶಿರಾಪಘಾತ" (Head Injury) ಗಳಿಂದಲೇ ಸಾಯುತ್ತಾರೆ. ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ತಲೆಗೇಟು ತಗಲುವ ಒಟ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಂದಿ ಮೂವತ್ತಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ವಯಸ್ಸಿನವರು ; ೧೫ ರಿಂದ ೨೪ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರದ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಾಯುವ ಬಹುಪಾಲು ಯುವಕರಿಗೆ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ! ಸುಖ- ಸಂತೋಷದ ಜೀವನದ ಆಶೋತ್ತರಗಳ ಕನಸಿನಿಂದ ಜೀವನದ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಮುನ್ನುಗ್ಗುವ ನಮ್ಮ ಯುವಜನಾಂಗದವರು ಈ ರೀತಿಯ ಅಪಘಾತಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಶೋಚನೀಯ ಸಂಗತಿ. ಈ ಕಾಲದ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದೊಂದೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

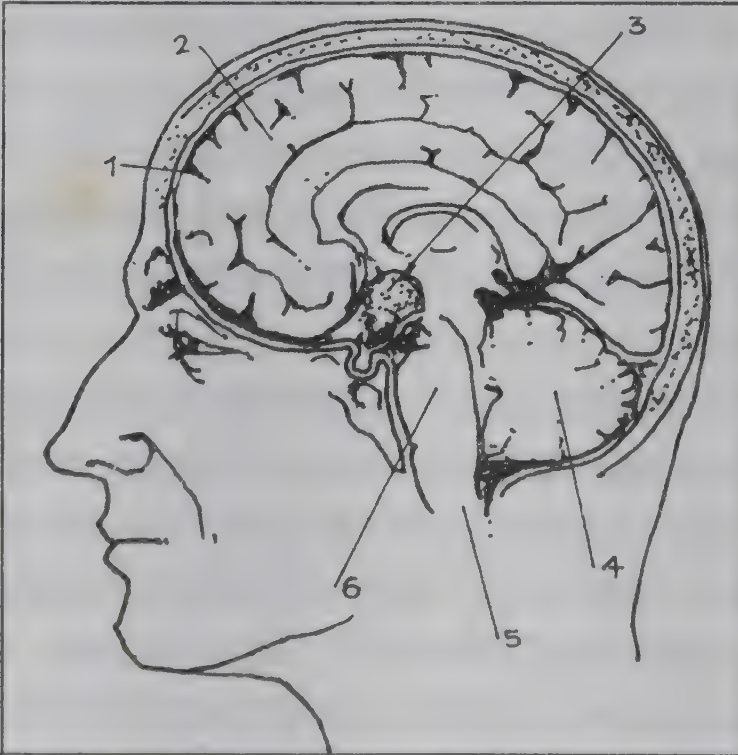
ನಮ್ಮ ಶಿರದಷ್ಟು ಸುಲಭವಾಗಿ ಈ ಅಪಘಾತಗಳಿಗೀಡಾಗುವಷ್ಟು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಇನ್ನಾವ ಅವಯವವೂ ಇಲ್ಲ. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಮಟ್ಟದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದಕ್ಕೆ ಈಗ ಏಟು ತಗಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿವೆ ಎನ್ನಬಹುದಾದರೂ, ಆದಿಮಾನವರು ಇಂಥಾ ಅಪಾಯಗಳಿಂದ ದೂರವಾಗಿದ್ದರೆನ್ನುವಂತಿಲ್ಲ. ಈ ತರಹೆಯ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದಾಗಬಹುದಾದ ಅಪಾಯಗಳ ಅರಿವು ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಇತ್ತೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ಪ್ರಾಚೀನ ಕಾಲದ ಪರ್ಷಿಯನ್, ಗ್ರೀಕ್ ಮತ್ತು

ರೋಮನ್ ಶಿಲ್ಪಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವು ಮಾನವರ ತಲೆಯ ಭಾಗವನ್ನು ಭದ್ರವಾದ ಶಿರಸ್ತ್ರಾಣಗಳು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ನೋಡಬಹುದು.

ಈಗ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಸಿಗುತ್ತಿರುವ ಇತಿಹಾಸ-ಪೂರ್ವದವೆನ್ನಲಾಗುವ ಮಾನವನ ತಲೆಬುರುಡೆಗಳ ಕಪಾಲದ ಪಳೆಯುಳಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಭೈರಿಗೆಕೊರೆತದ ತೂತುಗಳಿರುವುದು (Trephine Holes) ಕಂಡುಬಂದಿವೆ. ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಿಂದ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ತಲೆ-ಬುರುಡೆಯಲ್ಲಿ ತೂತು ಮಾಡಿ ಹೊರಗೆ ಬಿಡುತ್ತಿದ್ದರೆಂಬುದರ ಸಂಕೇತಗಳಿವೆಂದು ಭಾವಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಮಿದುಳಿನ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ (ಚಿತ್ರ ೫)

ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಸಕಲ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳ-ಕೈಕಾಲುಗಳ ಚಲನೆ, ಮಾತನಾಡುವುದು, ನೆನಪಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಆಹಾರಪಚನವಾಗುವುದು, ಮಲ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ - ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಮೂಲ ಕರ್ತೃವೇ ಮಿದುಳು. ಅದರ ಪ್ರೇರಣೆ ಇಲ್ಲದೆ ಹೃದಯ ಬಡಿತ, ಉಸಿರಾಟಗಳಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನೋವು ನಲಿವುಗಳ ಅರಿವಾಗುವುದಿಲ್ಲ ; ಹಸಿವು, ಮೈಥುನಗಳ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಯುಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮಿದುಳು ಸ್ಥಗಿತವಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ಸಾವು ಎಂದರ್ಥ.



ಚಿತ್ರ ೫. ತಲೆಬುರುಡೆ ಮತ್ತು ಮಿದುಳು, ೧. ಡ್ಯೂರಾಮ್ಯಾಟರ್, ೨. ಮೇಲ್ಮಿದುಳು, ೩. ಹೈಪೋಥಲಾಮಸ್, ೪. ಕಿರಿಮಿದುಳು, ೫. ಕಶೇರುಕ, ೬. ಮಚ್ಚೆ.

ಇಷ್ಟೊಂದು ವ್ಯಾಪಕ ಮತ್ತು ಜೀವಾಧಾರ ಕಾರುಬಾರುಗಳ ಸೂತ್ರಧಾರಿಯಾದ ಮಿದುಳಿನ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಜಟಿಲ ಹಾಗೂ ಸಂಕೀರ್ಣ ರೀತಿಯವು. ಅವು ಇನ್ನೂ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅರ್ಥವಾಗದಷ್ಟು ನಿಗೂಢವಾಗಿವೆ. ಮಿದುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ಆಧುನಿಕ ಗಣಕಯಂತ್ರಕ್ಕೆ (ಕಂಪ್ಯೂಟರ್) ಹೋಲಿಸಬಹುದೇನೋ. ಆದರೆ ಅದರಷ್ಟು ವ್ಯವಸ್ಥಿತ, ಪರಿಪೂರ್ಣ ಹಾಗೂ ಊಹೆಗೂ ನಿಲುಕದ ಗಣಕಯಂತ್ರ ಈ ತನಕ ತಯಾರಾಗಿಲ್ಲ ; ಮುಂದೆ ತಯಾರಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲವೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಮಿದುಳಿನ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ವಿದ್ಯುತ್ ಶಕ್ತಿ ಹಾಗೂ ಟೆಲಿಫೋನ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿಗೂ ಹೋಲಿಸುವುದುಂಟು. ಈ ಎರಡೂ ಹೋಲಿಕೆಗಳೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸರಿಯೆನಿಸಬಹುದು. ಟೆಲಿಫೋನ್ ವಿನಿಮಯ ಕೇಂದ್ರದಂತೆ ಮಿದುಳಿಗೆ ದೇಹದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಿಂದ ಸಂದೇಶಗಳು ಬರುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ ; ಅಲ್ಲಿಂದ ಪ್ರತಿ – ಸಂದೇಶಗಳೂ ಹೋಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ; ನಡುವೆ ಗಣಕಯಂತ್ರ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಂತೆ ಮಿದುಳಿನೊಳಗಡೆಯ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳೊಡನೆ ವಿಚಾರ ವಿನಿಮಯಗಳಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ ; ಶೇಖರವಾಗಿದ್ದ ಹಳೆಯ ನೆನಪುಗಳು ಅನುಭವಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಸೂಕ್ತ ನಿರ್ಧಾರಗಳಾಗಿ ಅವು ಕಾರ್ಯಗತವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪ ಮತ್ತು ಸಂದೇಶಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ವಿದ್ಯುತ್ ಸಂಚಾರ ಸಹಾ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳನ್ನು "ವಿದ್ಯುತ್ ಚಾಲಿತ ಕಂಪ್ಯೂಟರ್ – ಟೆಲಿಫೋನ್ ವ್ಯವಸ್ಥೆ" ಎನ್ನಬಹುದಾದರೂ ಅದಕ್ಕೆ ಸರಿಸಾಟಿಯೆನ್ನಬಹುದಾದ ಮಾನವ ನಿರ್ಮಿತ ಯಂತ್ರವೊಂದು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಮಿದುಳಿನ ತೂಕ ಕೇವಲ ಒಂದೂವರೆ ಕಿಲೋ ಗ್ರಾಂ ನಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಬಿಳೀ ಮತ್ತು ಬೂದು ಬಣ್ಣಗಳ ಮಿಶ್ರಣದಿಂದ ನುಣುಪಾಗಿ ಕಾಣುವ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯ ಜಿಲಾಟಿನ್ (Gelatine) ನಂತಹ ಮೆದುವಾದ ಸಾಂದ್ರತೆಯುಳ್ಳದ್ದು. ತಲೆಬುರುಡೆಯ ದಪ್ಪ ಹಾಗೂ ಚಪ್ಪಟೆ ಮೂಳೆಗಳ ಭದ್ರವಾದ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಮಿದುಳು ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ನೆಲೆಯಾಗಿದೆ. ಮಿದುಳಿನ ಸುತ್ತ ಮೆನಿನ್‌ಜೀಸ್ (Meninges) ಎಂಬ ಮೂರು ವಿವಿಧ ಮಿದುಳ್ಪರೆಗಳ ಒಳಕವಚ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಹೊರಗಡೆ ಇರುವ ನಾರಿನಂಥ ಗಡಸು ಪರೆಗೆ "ಡ್ಯೂರಾ ಮ್ಯಾಟರ್" (Dura Mater) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಬುರುಡೆಯ ಮೂಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಸಂದುಗೊಂದುಗಳಿಗೂ ಇದು ಒತ್ತಾಗಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

ಅತ್ಯಂತ ಒಳಗಿನ ಪರೆ–ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಸುರುಳಿಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಹಾಲೆಗಳ ಒಳಗೂ ಸರಿ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವ ಪರೆಗೆ "ಪೈಯಾ ಮ್ಯಾಟರ್" (Pia Mater) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಇದು ತೆಳುವಾಗಿದ್ದು ಅಷ್ಟೇನೂ ಗಡಸಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇವೆರಡೂ ಪರೆಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತಃಸ್ಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಜಾಳು ಜಾಳಾಗಿ ಬಲೆಯಂತೆ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಅತೀ ತೆಳುವಾದ ಪರೆಗೆ "ಅರೆಕ್ನಾಯಿಡ್ ಮ್ಯಾಟರ್" (Arachnoid Mater) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಮಿದುಳನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಡ್ಯೂರಾ ಮತ್ತು ಪೈಯ ಪರೆಗಳ ಕೋಶದಲ್ಲಿರುವ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ (Cerebro Spinal Fluid)ದಲ್ಲಿ ಅರೆಕ್ನಾಯಿಡ್ ಪೊರೆಯ ಬಲೆ ತೇಲಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಡ್ಯೂರಾ ಪರೆಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ಕಿರಿಯ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಈ ಬಲೆಯ ಮೂಲಕವೇ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯದಲ್ಲಿ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಅತೀ ಸಣ್ಣ ನರಕಣಗಳಿವೆ (Neurons). ಅವುಗಳಿಂದ ಹೊರಡುವ ನರದೆಳೆಗಳು (Nerve Fibres) ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿ (Spinal Cord)ಯ ಮೂಲಕ ಪ್ರವಹಿಸಿ ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಭಾಗದ ಜೀವಕಣಗಳಿಗೆಲ್ಲಾ ಮಿದುಳಿನೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸಿವೆ. ಮಿದುಳಿನಿಂದ ಹೊರಡುವ ಚಾಲಕ ಸಂದೇಶಗಳು ಇವುಗಳ ಮೂಲಕವೇ ಸಂಚರಿಸಿ ವಿವಿಧ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ತಲ್ಪಿ ಅವು ಕಾರ್ಯೋನ್ಮುಖವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ ; ಈ ಅವಯವಗಳಿಂದ ಬರುವ ಸಂದೇಶಗಳೂ ಈ ನರದೆಳೆಗಳ ಮುಖಾಂತರವೇ ಸಂಚರಿಸುತ್ತವೆ, ಜೊತೆಗೆ ಜೀವಾಧಾರವಾದ ಹೃದಯ ಬಡಿತ, ಉಸಿರಾಟ, ಕೈಕಾಲುಗಳ ಚಲನ ವಲಯ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವ ಕೇಂದ್ರ "ಕಛೇರಿ" (ಬಿಂದುಗಳು)ಗಳೂ ಮಿದುಳಿನ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿದ್ದು ನಮಗರಿವಿಲ್ಲದಂತೆಯೇ ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಹೋಗುವ ಏರ್ಪಾಡಿದೆ.

ಮಿದುಳಿನ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಕಾರ್ಯ ಕಲಾಪಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಇಂಧನಗಳಾದ ಆಮ್ಲಜನಕ, ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನೊದಗಿಸಲು ನಾನಾ ಮಾರ್ಗಗಳಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಸಾಗಿಸುವ ರಕ್ತದ ಹರಿವು ಸಮೃದ್ಧವಾಗಿದೆ. ಯಾವುದೇ ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಕೇವಲ ೪–೫ ನಿಮಿಷಗಳು ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ಕೊರತೆಯುಂಟಾದರೆ ಮಿದುಳಿನ ಆ ಭಾಗಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ನಿಂತು ಹೋಗುವುದರಿಂದ, ಅಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯ ನಾಶವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಮತ್ತೆ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳವುದಿಲ್ಲ ; ಆ ವಲಯದ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿರುವ ಕೈಕಾಲುಗಳಿಗೆ ಮಿದುಳಿನಿಂದ ಸಂದೇಶಗಳು ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ ; ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಬರುವ

ಪ್ರತಿ–ಸಂದೇಶಗಳು ಮಿದುಳಿನ ಆ ಭಾಗವನ್ನು ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ ; ಅದರಿಂದಲೇ ಕೈಕಾಲುಗಳು ನಿಶ್ಚೇತನವಾಗುತ್ತವೆ. ಮಾತುಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಕೇಂದ್ರದಲ್ಲಿ ಮಿದುಳು ನಾಶವಾದಾಗ, ಅವರು ಮಾತನಾಡಲಾರರಾಗುತ್ತಾರೆ. ತಲೆಗೆ ಬಲವಾದ ಏಟು ತಗುಲಿದಾಗ ಮಿದುಳಿನ ಒಂದು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಅದು ಸ್ವಲ್ಪ ಹಿರಿದಾದುದಾದರೆ, ಆ ಭಾಗದ ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಉಂಟು ಮಾಡಿ, ಅಲ್ಲಿಯ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಕುಂಠಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳಿನ ಆ ಭಾಗದ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರುವ ದೇಹದ ಅಂಗಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಭಾವಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಅಥವಾ ಬೇರೆ ತರಹೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆಯನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದರೆ, ರೋಗಿಯ ನಿಶ್ಚೇತನಗೊಂಡ ಅವಯವಗಳು ಪುನಃಶ್ಚೇತನಗೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ನಾಟಕೀಯ ಘಟನಾವಳಿಯಂತೆ ಥಟ್ಟನೆ ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಮಿದುಳಿನ ನಡುವೆ ಆಳವಾದ ಸೀಳಿನಿಂದ ಎರಡು ಹಾಲೆಗಳಾಗಿದ್ದರೂ, ಅದನ್ನು ಒಂದೇ ಅವಯವವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ತಳದಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಹಾಲೆಗಳು ಮತ್ತೆ ಸೇರಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲಿರುವ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಮೇಲ್ಮಿದುಳು (Cerebrum) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಇದು ಜ್ಞಾಪಕಶಕ್ತಿ, ಬುದ್ಧಿವಂತಿಕೆಯಂತಹ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಉಗ್ರಾಣ ; ದೇಹದ ಅಂಗಗಳ ವಿವಿಧ ಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ವಲಯಗಳೂ ಇದರಲ್ಲಿವೆ. ಮೇಲ್ಮಿದುಳಿನಿಂದ ಒಟ್ಟಾಗಿ ಕೆಳಗಿಳಿದ ಭಾಗವೇ ಮುಂದೆ ಕಿರಿಮಿದುಳಾಗುತ್ತದೆ (Cerebellum). ನಮ್ಮ ನಡಿಗೆ, ನಿಲುವು ಮುಂತಾದ ಹಲವು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಗಳ ಸಮತೋಲನಗಳನ್ನು ಈ ಭಾಗ ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಿರಿದಾದರೂ ಉದ್ದವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಮಿದುಳ್ತಳಕಾಂಡ (Medulla Oblongata) ಅತ್ಯಂತ ಬಿರುಸಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಯ ಪ್ರದೇಶವಾಗಿದೆ. ಮಿದುಳಿನಿಂದ ಹೋಗುವ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಬರುವ ಸಂದೇಶ ವಾಹಕಗಳೆಲ್ಲಾ ಇದರ ಮೂಲಕವೇ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಜೀವಾಧಾರ ಕ್ರಿಯೆಗಳಾದ ಹೃದಯ ಬಡಿತ ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಟಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಕೇಂದ್ರಗಳು ಈ ಕಾಂಡದಲ್ಲೇ ಇವೆ. ಈ ಭಾಗವೇ ಮುಂದೆ ಮೆದುಳು ಬಳ್ಳಿ (ಬೆನ್ನು ಹುರಿ)ಯಾಗಿ ಕಶೇರುಸ್ತಂಭ ನಾಳ (Vetebral Column)ದೊಳಗಡೆ ಬೆನ್ನಿನಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳಿನಿಂದ

ನೇರವಾಗಿ ಇಳಿಯುವ ೧೨ ಜೊತೆ ನರಗಳು ತಲೆ ಮತ್ತು ಮುಖದ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ನರಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯಿಂದ ಹೊರಡುವ ೩೨ ಜೊತೆ ನರಗಳು ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುತ್ತವೆ.

ಶಿರಾಪಘಾತದ ವಿಧಾನಗಳು

ಕೆಳಗಡೆ ಮುಂಡಕ್ಕೆ ಮಾತ್ರ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿ ಬೇರೆ ಯಾವ ಹಿಡಿತಕ್ಕೂ ಒಳಪಡದೆ, ಅನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿ ಯಾವ ಕಡೆಗೆ ಬೇಕಾದರೂ ತಿರುಗುವಂತೆ ತಲೆಯೆತ್ತಿ ನಿಂತಿರುವ ನಮ್ಮ ಶಿರಸ್ಸು ಸದಾ ಅಪಾಯದ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿದೆ. ಸಾಯಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಶಿರಚ್ಛೇದನ ಮಾಡುವಷ್ಟು ಸುಲಭವಾದ ಬೇರಾವ ವಿಧಾನಗಳನ್ನೂ ಹಿಂದಿನ ತಲೆಮಾರಿನವರು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದುದರಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ ! ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಪಘಾತಗಳ ಯುಗದಲ್ಲಿಯೂ ಅದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಚಲಿಸುವ ವಸ್ತುವೂ ತಗುಲಬಹುದು. ತಲೆಯೇ ನೇರವಾಗಿ ಯಾವುದೇ ವಸ್ತುವಿಗೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಡಿಕ್ಕಿ ಹೊಡೆಯಬಹುದು. ರಸ್ತೆ ಅಪಘಾತ, ಕೈಗಾರಿಕಾ ಅಪಘಾತ, ಮೇಲಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಬೀಳುವುದು, ಹೊಡೆದಾಟ ಮುಂತಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಶಿರವೇ ಮೊದಲಾಗಿ ಏಟು ತಗುಲಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಅಪಾಯದಲ್ಲಿದೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಾಳದ ಕ್ರಿಯೆಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣದ ಗುರುತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊತ್ತಿರುವ ಮಿದುಳಿನಂಥ ಪ್ರಮುಖ ಅವಯವಕ್ಕೆ ಮೂಳೆಗಳ ಭದ್ರಕೋಟೆಯ ಕವಚವಿದ್ದರೂ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಿಂದ ಅದನ್ನು ಪಾರು ಮಾಡಲಾಗದು !

ವಾಹನಾಪಘಾತಗಳಲ್ಲಿ ತಲೆಗೆ ಜಖಂ ಆಗುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಈಗ ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲೆಡೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ರಭಸಕ್ಕೆ ಚಲಿಸುವ ವಾಹನಕ್ಕೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಬ್ರೇಕ್ ಹಾಕಿದಾಗ ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಏಟಾಗದಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ರಭಸದಿಂದ ಹಿಂದೆ-ಮುಂದೆ ತಲೆ ಬಿರುಸಾಗಿ ಅಲ್ಲಾಡಿದಾಗ ಬುರುಡೆಯೊಳಗಿನ ಮಿದುಳು ಸಹಾ ಅಲ್ಲಾಡಿ ಕುಲುಕಿದಂತಾಗಿ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ತಲೆಗೆ ನೇರವಾಗಿ ತಗಲುವ ಏಟುಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಈ ರೀತಿಯ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದಾಗುವುದುಂಟು. ಬಸ್ಸು ಕಾರುಗಳಂತಹ ವಾಸನಗಳ ಮುಂದುಗಡೆ ಆಸನಗಳಲ್ಲಿ ಕುಳಿತಿರುವವರು ಮತ್ತು ದ್ವಿಚಕ್ರ ವಾಹನಗಳ ಚಾಲಕರುಗಳಿಗೆ ಈ ತರಹೆಯ ಏಟುಗಳಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ.

ಯಾವ ರೀತಿಯಿಂದ ತಲೆಗೆ ಏಟು ತಗುಲಿದರೂ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಾಗುವ ಜಖಂಗೂ, ತಗುಲುವ ವಸ್ತುವಿನ ಚಲನೆಯ ವೇಗಕ್ಕೂ ಒಂದು ರೀತಿಯ

ಸಂಬಂಧವಿರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ. ಒಂದೇ ಏಟಿನಿಂದ ಬುರುಡೆಯ ಚರ್ಮ, ಮೂಳೆ, ಮಿದುಳ್ಪರೆ, ಹಾಗೂ ಮಿದುಳಿಗೆ ವಿವಿಧ ದರ್ಜೆಯ ಜಖಂ ಆಗಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅಂದರೆ ಎಷ್ಟೋಸಾರಿ ಬುರುಡೆಯ ಚರ್ಮದ ವಿಶಾಲವಾಗಿ ಹರಿದುಕೊಂಡ ಗಾಯಕ್ಕೂ ಬುರುಡೆಯ ಮೂಳೆಯ ಒಡೆತಕ್ಕೂ ಹಾಗೂ ಮಿದುಳಿನ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಗೂ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿರಲಾರದು. ಬರೇ ಚರ್ಮದ ಹರಿತದಿಂದಾಗುವ ಅಧಿಕ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ರೋಗಿ ತಲ್ಲಣಕ್ಕೊಳಗಾಗಿ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪಬಹುದಾದರೂ, ಮಿದುಳಿಗೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಜಖಂ ಆಗಿರಲಾರದು. ಅಂತೆಯೇ ಬುರುಡೆಯ ಹೊರಗಡೆ ಯಾವುದೇ ಗಾಯವಾಗಿರದಿದ್ದರೂ, ಮಿದುಳು ಹಾಗೂ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಹರಿದು ಛಿದ್ರವಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯವಾಗಬಹುದು. ತಲೆಯ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಏಟು ತಗುಲಿದ್ದರೂ ಅದರಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೂ ಆಗದೆ, ಎದರು ಬದಿಯ ಮಿದುಳಿನ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಜಖಂ ಆಗುವುದೂ ಉಂಟು. ಆದುದರಿಂದ ತಲೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಸರಳ ರೀತಿಯ ಏಟು ಬಿದ್ದಿರಬಹುದಾದರೂ, ಅವರ ಮಿದುಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜಖಂ ಆಗಿಲ್ಲವೆಂದು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ತಲೆಗೇಟು ತಗುಲಿದ ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರನ್ನೂ ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಲಕ್ಷ್ಯವಿಟ್ಟು ಅದಕ್ಕೆ ಆರೈಕೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ತಲೆ ಬುರುಡೆಯ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಯಥೇಚ್ಛವಾದ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಚರ್ಮದ ಪದರಗಳಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಗಾಯಗಳಾದರೂ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡದಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯ ಸಾವಿಗೆ ಅದೇ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ.

ತಲೆಬುರುಡೆಯಲ್ಲಿರುವ ಚಪ್ಪಟೆ ಅಸ್ಥಿಗಳ ಒಡೆತ ನಾನಾ ರೀತಿಯಲ್ಲಾಗಬಹುದು. ಸೀಳಾದ ಗೆರೆಗಳಂತೆ ಹಲವು ದಿಕ್ಕುಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ತಿ ಭಂಗವಾಗುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಮಣ್ಣಿನ ಮಡಿಕೆ ಒಡೆದು ಕೊಂಡಂತೆ ಬುರುಡೆಯ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆಗಳಲ್ಲೂ ಸೀಳುಗಳಾಗಿದ್ದರೂ, ಒಳಗಡೆ ಮಿದುಳಿಗೆ ಯಾವ ಜಖಂ ಕೂಡ ಆಗರದಿರುವುದುಂಟು. ಇಂತಹ ಅಸ್ಥಿಭಂಗಗಳಿಗೆ ಅತ್ಯವಸರದ, ಬಿರುಸಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಬುರುಡೆಯ ಒಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಒಂದು ವಸ್ತುವಿನಿಂದ ರಭಸದ ಏಟು ತಗುಲಿದಾಗ ಆ ಭಾಗದ ಮೂಳೆಯ ಏಟು ತಗುಲಿದ ಪ್ರದೇಶ ಮಾತ್ರ ಭಂಗವಾಗಿ ಒಳ-ಬದಿಗೆ ಕುಗ್ಗಿದಂತಾಗಬಹುದು (Depressed Fracture). ಹಾಗೆ ಒಳತಳ್ಳಿದ ಮೂಳೆ,

ಮಿದುಳಿನ ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಒತ್ತಡವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಭಾಗದ ಮಿದುಳಿನ ನಿಯಂತ್ರಿಣದಲ್ಲಿರುವ ದೇಹದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ನರಗಳ ದುರ್ಬಲತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ, ಇಲ್ಲವೇ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಸೆಳವು (Fits) ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರಿಗೆ ತಕ್ಷಣ ಒಳಗೆ ತಳ್ಳಿದ ಮೂಳೆಯ ಭಾಗವನ್ನು ಮೇಲೆತ್ತಿ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಇರಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿದರೆ, ಪ್ರಕಟವಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಸಹಾ ಗುಣಮುಖವಾಗುತ್ತವೆ.

ತಲೆಬುರುಡೆಯ ತಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಥಿ ಭಂಗವಾದಾಗ ಕಿವಿ, ಮೂಗುಗಳ ಮೂಲಕವೂ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಹರಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಬುರುಡೆ ಒಡೆದು, ಮಿದುಳ್ಪರೆ, ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯಗಳು ಹರಿದು ಗಾಯಗಳಾಗುವುದೂ ಸಾಮಾನ್ಯ – ಅವಕ್ಕೂ ತಕ್ಷಣ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ (ಮುಂದೆ ನೋಡಿ)

ಮಿದುಳಿಗೆ ಜಖಂ ಆಗುವುದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು :

ವಿಕಂಪನೆ (Concussion) : ತಲೆಗೆ ಏಟು ತಗುಲಿದಾಕ್ಷಣ ಎಚ್ಚರ ತಪ್ಪಿದಂತಾಗಿ ತಾನಿರುವಲ್ಲಿಯೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ಸ್ತಬ್ಧನಾಗಿ, ಕೆಳಗೆ ಬೀಳುತ್ತಾನೆ. ಎಚ್ಚರ ತಪ್ಪಿದ ಸ್ಥಿತಿ ಕೆಲವೇ ನಿಮಿಷಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಮುಂದಿನ ೨೪ ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೂ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮಿದುಳು – ಅಥವಾ ಅದರ ಪರೆಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಆಗಿರಲಾರವು. ಸ್ವಾಯತ್ತ ನರಮಂಡಲ (Autonomic Nervous System)ದ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಮೊದಲು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕುಸಿದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ನಂತರ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದೆ ಒತ್ತಡ ಏರಲೂ ಬಹುದು ; ಹೃದಯ ಬಡಿತದ ಗತಿ ಕುಗ್ಗುತ್ತದೆ ; ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಬೆವರುತ್ತದೆ ; ಮುಂದೆ ರೋಗಿ ಬಹಳ ಕಾಲದವರೆಗೂ ಅರೆ ಪ್ರಜ್ಞಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರಬಹುದು ; ಪೂರ್ಣ ಎಚ್ಚರವಾದ ನಂತರವೂ ಆಲಸಿಕೆ, ಸೋಮಾರಿತನ, ಮತ್ತು ಮರೆವಿನಿಂದ ಕಾಲ ಕಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ಸಾರಿ ತುಂಬಾ ಕೆರಳಿದವನಂತೆ ವರ್ತಿಸುತ್ತಾನೆ. ವಿಕಂಪನೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿಗೆ ಜಖಂ ಆಗಿರಲಾರದೆಂದು ಭಾವಿಸಬಹುದಾದರೂ, ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿರುವಾಗ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ತಲೆಬುರುಡೆ ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನೊಳಗಡೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಇಲ್ಲವೆ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅವರನ್ನು ದಾಖಲು ಮಾಡಿಕೊಂಡು ವಿಧಿವತ್ತಾಗಿ ವೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಒಳಿತು.

ಮೂಗೇಟು (Contusion) :

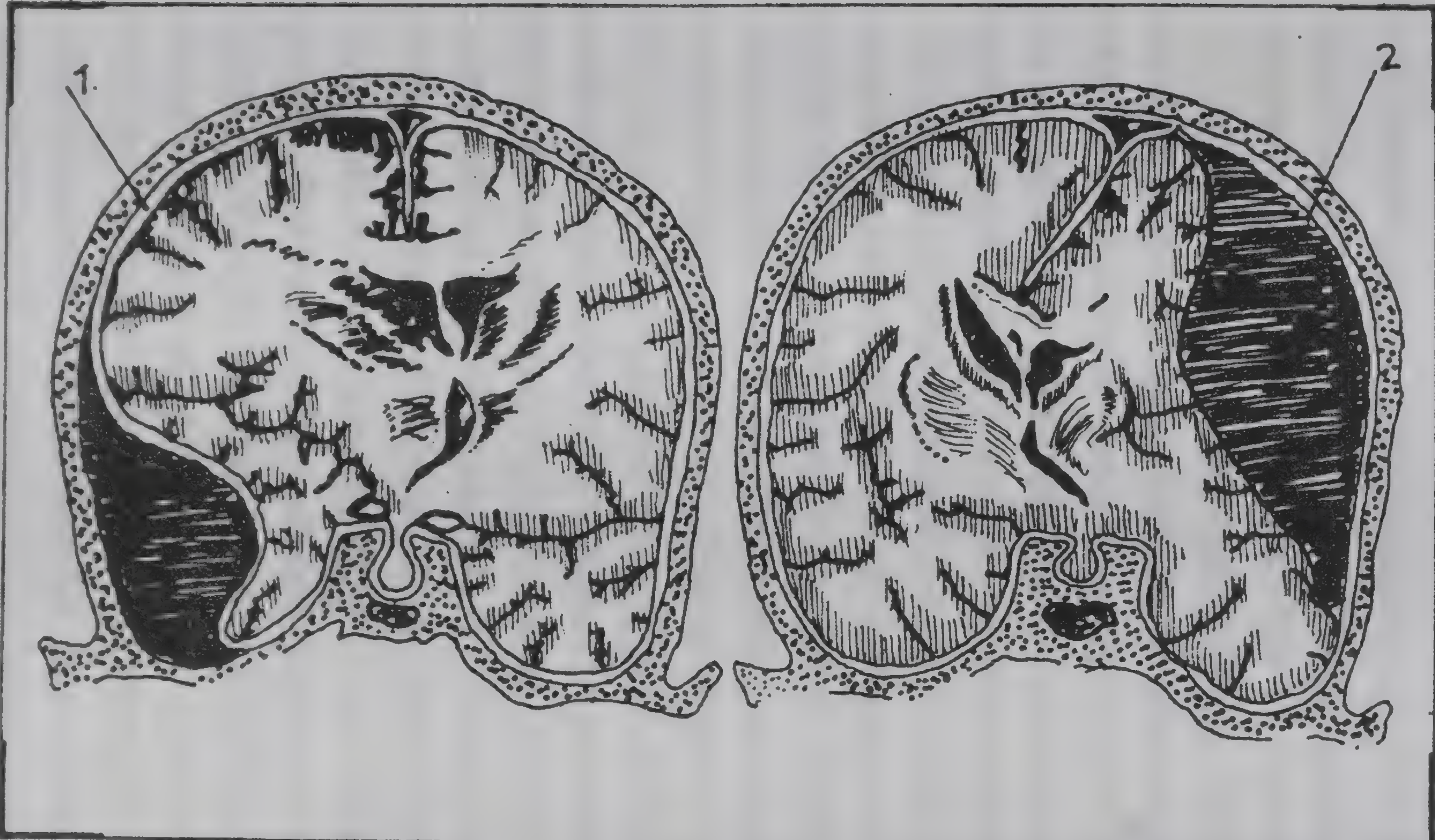
ವಿಕಂಪನೆಂಯು ಚಿಹ್ನೆಗಳು ೨೪ ಗಂಟೆಗಳ ನಂತರವೂ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯಕ್ಕೂ ಮೂಗೇಟು ತಗುಲಿರಬಹುದೆಂದು ಶಂಕಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳಿನ ಹೊರಮೈಯಲ್ಲಿ ಜಜ್ಜಿದಂತಾದ ಮೂಗೇಟು ಸಂಭವಿಸಿದಾಗ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಏಟು ತಗುಲಿದ ಜಾಗವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸುತ್ತ ಮುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲೂ ವ್ಯಾಪಕ ಊತ ಉಂಟಾಗುಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ನರಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣವಿರುವ ದೇಹದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ನರಜಾಲದ ಕಾರ್ಯ ವಿಫಲತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು (Neurological Deficits) ಗೋಚರವಾಗುತ್ತವೆ. ಜೊತೆಗೆ ವಿಕಂಪನೆಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿಯುವುದಲ್ಲದೆ, ದೃಷ್ಟಿ–ದೋಷ, ನಡೆನುಡಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ಥೆಯಾಗಿ, ಮುಂದೆ ಅರೆಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಮಿದುಳಿನ ಊತ ಕುಗ್ಗಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಪ್ರಕಟವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕ್ರಮೇಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅಂತಹವರಿಗೆ ಮಿದುಳಿನ ಊತವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ಅವರ ನಾಡಿ ಮಿಡಿತದ ಗತಿ, ಕಣ್ಣಿನ ತಾರಕೆಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಮಟ್ಟ ಮುಂತಾದವರನ್ನು ಗಂಟೆಗೊಂದು ಸಾರಿಯಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ದಾಖಲು ಮಾಡುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹರಿದ ಗಾಯ (Laceration) :

ತಲೆ ಬುರುಡೆ ಒಡೆದು ಅಸ್ಥಿಭಂಗವಾಗಿ, ಮಿದುಳ್ಪರೆ ಮತ್ತು ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯ ಸಹಾ ಹರಿದು ಛಿದ್ರಛಿದ್ರವಾದ ಗಾಯಗಳು ಅತ್ಯಂತ ರಭಸದ ಅಪಘಾತಗಳಿಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ತಲೆಬುರುಡೆ ಒಡೆಯದೆ ತಲೆಯ ಭಾಗ ರಭಸದಿಂದ ಕುಲುಕಿದಂತಾದಾಗಿ ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪರೆಗಳೆರಡೂ ಛಿದ್ರವಾಗುವುದೂ ಉಂಟು. ಇವೂ ಅಲ್ಲದೆ ರಭಸದಿಂದ ಕುಲುಕಿದಾಗ ಪೈಯಾ ಮತ್ತು ಆರಾಕ್ನಾಯಿಡ್ ಪರೆಗಳ ಅಂತರದಲ್ಲಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿ, ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಲೂ ಬಹುದು. ಇವುಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುವ ರೋಗಿಗೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ.

ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (Epidural Haematoma) : (ಚಿತ್ರ ೬)

ತಲೆಬುರುಡೆಂಯು ಅಸ್ಥಿಂಯು ಒಳಭಾಗಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಡ್ಯೂರಾಪರೆಯಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಶಿರಾಪಘಾತದ ಕೆಲವು



ಚಿತ್ರ ೬. ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ಮತ್ತು ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ
೧. ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ೨. ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ.

ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಒಡೆದು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ. ಡ್ಯೂರಾಪರೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಮೇಲುಗಡೆ ಇರುವ ಚಪ್ಪಟೆ ಅಸ್ಥಿಯ ನಡುವೆ ರಕ್ತ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆಲ್ಲಾ ಪರೆಯು ಮೂಳೆಯಿಂದ ಬಿಡಿಸಿಕೊಂಡು ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅದು ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆಯಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಮುದ್ದೆಯ ಕೆಳಗಿರುವ ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲೆ ಪ್ರಬಲ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕಪಾಲದ ಚಪ್ಪಟೆ ಮೂಳೆಯ ತಳದಲ್ಲಿರುವ ರಂಧ್ರದ ಮೂಲಕ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡಲು ಏರಿ ಬರುವ ನಡುವಿನ ಮೆನಿನ್‌ಜಿಯಲ್ ಧಮನಿಯೇ (Middle Meningeal Artery) ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೀತಿಯ ಅಪಘಾತಗಳಲ್ಲಿ ಒಡೆದು ಕೊಂಡು ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಮುದ್ದೆಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಸುರಿಯುವ ರಕ್ತವು ಬುರುಡೆಯ ಕಪಾಲದ ತಳಭಾಗದ ಕುಳಿಗಳನ್ನು ತುಂಬಿ, ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲುಗಡೆಯವರೆಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಬಹುದು. ಅದರಿಂದ ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾದಾಗ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಮಿದುಳಿನ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿರುವ ದೇಹದ ಅಂಗಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ತಲೆಗೆ ಏಟು ಬಿದ್ದ ರಭಸಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ವಿಕಂಪನೆ, ಮೂಗೇಟು ಅಥವಾ ಮಯಕಗಳ ಯಾವುದೇ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತರಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ತಲೆಗೇಟು ಬಿದ್ದಾಕ್ಷಣ ಎಚ್ಚರ ತಪ್ಪಿ ಬಿದ್ದವರು, ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲದ ನಂತರ ಎಚ್ಚರವಾಗಿ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಂತಾಗುವುದುಂಟು. ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರು ಮುಂದಿನ ಒಂದೆರಡು ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲೇ, ಇಲ್ಲವೆ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳ ನಂತರವೂ ಮತ್ತೆ ಪೂರ್ಣ ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಿದೆ. ಫುಟ್‌ಬಾಲ್ ಆಟಗಾರನೊಬ್ಬ ತಲೆಗೆ ಚೆಂಡು ತಗುಲಿದಾಕ್ಷಣ ಕ್ಷಣಿಕವಾಗಿ ಎಚ್ಚರತಪ್ಪಿ ಕೆಳಗುರುಳುತ್ತಾನೆ ; ಮುಂದಿನ ಕ್ಷಣದಲ್ಲೇ ಸುಧಾರಿಸಿಕೊಂಡು ಮೇಲೆದ್ದು ಆಟ ಮುಂದುವರಿಸಿ, ಎಲ್ಲರಂತೆ ಅವನೂ ಮನೆಗೆ ಹೋಗುತ್ತಾನೆ. ರಾತ್ರಿ ಸ್ವಲ್ಪ ತಲೆಶೂಲೆಯಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂದು ಹೇಳಿ ಎಲ್ಲರಿಗಿಂತ ಮೊದಲೇ ಮಲಗುತ್ತಾನೆ. ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಅವನು ಮತ್ತೆ ಎಚ್ಚರವಾಗಿ ಏಳಲೇ ಇಲ್ಲ. ಮಲಗಿದಾಗಲೇ ಅವನ ಪ್ರಾಣಪಕ್ಷಿ ಹಾರಿಹೋಗಿತ್ತು ! ಇದು ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ನಮೂನೆಯ ಲಕ್ಷಣ. ರಾತ್ರಿ ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಮಯಕ ಉಂಟಾಗಿ ಮುಂದೆ ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲೆ ಉಂಟಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಅವನು ಸಾಯುವಂತಾಯಿತು.

ತಲೆಗೆ ಏಟು ಬಿದ್ದಾಗ ಉಂಟಾದ ವಿಕಂಪನೆ, ಅಥವಾ ಮೂಗೇಟಿನ

ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಬಹಳ ಸಮಯ ಹಾಗೇ ಮುಂದವರಿಯಬಹುದು. ಅಂತವರ ಕೆರಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಗಲಿಬಿಲಿಯ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳಿಂದ ಮಾನಸಿಕ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಕೆಟ್ಟಿರಬಹುದೆಂಬ ಭಾವನೆಯೂ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಬಾಯಿಂದ ಮದ್ಯಸಾರದ ವಾಸನೆಯೇನಾದರೂ ಬಂದರೆ, ಅವನೊಬ್ಬ ಸಮಾಜ ಘಾತುಕ ಕುಡುಕನೆಂದು ಶಿಕ್ಷೆಗೂ ಗುರಿಯಾಗಬಹುದು.

ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅದೇ ಭಾಗದ ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಮಿದುಳಿನ ಇನ್ನೊಂದು ಹಾಲೆಯ ಕಡೆಗೂ ಒತ್ತಡ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಆ ಭಾಗದ ಮಿದುಳಿಗೂ ಒತ್ತಡ ಬೀಳುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನೂ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಳ್ಳಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿರುವ ಜೀವಾಳದ ಕೇಂದ್ರಗಳ ಮೇಲೂ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಅವನು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪುತ್ತಾನೆ. ಕಣ್ಣಿನ ತಾರಕೆ ಮೊದಲು ಕಿರಿದಾಗಿ ನಂತರ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತಾ ಬರುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಬ್ಯಾಟರಿಯ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಲೂ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಏಟು ತಗುಲಿದ ಎದುರು ಬದಿಯ ಕೈ ಕಾಲುಗಳೂ ನಿಶ್ಚೇತನಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದ ರೋಗಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಅಸು ನೀಗುತ್ತಾನೆ.

ಈ ತರಹೆಯ ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾದವರ ಕಪಾಲದ ಹೊರಬದಿಯ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲೂ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಗಂಭೀರ ರೀತಿಯ ಜಖಂಗಳಾಗಿರಬಹುದು. ಈ ರೋಗಿಗಳ ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಮಟ್ಟ, ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ, ತಾರಕೆಗಳ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ, ಉಸಿರಾಟ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಜ್ವರದ ತಾಪಮಾನ, ನೋವಿನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ – ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿ ಅರ್ಧ ಅಥವಾ ಒಂದು ಗಂಟೆಗೊಮ್ಮೆಯಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ದಾಖಲು ಮಾಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ಅಪಾಯದ ಮೊದಲ ಸಂಕೇತಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದಾಕ್ಷಣ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಲು ಎಲ್ಲಾ ಸಜ್ಜಾಗಿರಬೇಕು.

ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವುದರಿಂದಲೇ ಇವರಿಗೆ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಿವಿಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಕಪಾಲದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಕಪಾಲದ ಚಪ್ಪಟೆ ಮೂಳೆಯನ್ನು ಹೊರಗೆ ಕಾಣುವಂತೆ ತೆರೆಯುವರು. ಭೈರಿಗೆಯಿಂದ ಆ ಭಾಗದ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿ ತೂತು ಕೊರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ತೂತು ಮೂಳೆಯನ್ನು

ಛೇದಿಸುತ್ತಲೇ ರಕ್ತ ಹೊರಗೆ ಹರಿಯುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತವನ್ನು ಜೀರ್ಕೊಳವಿಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದರೆ, ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯೂ ಮರುದಿನ ಎದ್ದು ಕೂತು ಮಾತನಾಡುವಂಥ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುತ್ತಾನೆ.

ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (Subdural Haemotoma) (ಚಿತ್ರ ೬)

ಡ್ಯೂರಾ ಮತ್ತು ಪೈಯಾ ಪದರಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಅಂತಃಸ್ಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವುದನ್ನು ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳಿನ ಹೊರಮೈ ಮತ್ತು ಡ್ಯೂರಾ ಪರೆಗಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳು (ಶಿರೆಗಳು) ಒಡೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ತಲೆಬುರುಡೆ ಹಿಂದೆ ಅಥವಾ ಮುಂದುಗಡೆ ತಗುಲಬಹುದಾದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪೆಟ್ಟುಗಳಿಂದಲೂ ಈ ತೆರನ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಎಳೆಯ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಅರವತ್ತು ವರ್ಷಗಳಿಗೆ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟ ವಯಸ್ಸಾದವರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಈ ತೆರನ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವಕ್ಕೀಡಾಗುತ್ತಾರೆ. ಜೋರಾಗಿ ಕೆಮ್ಮುವುದು, ಸೀನುವುದು, ವಾಂತಿ ಮಾಡುವುದು, ರಭಸದಿಂದ ಹಲ್ಲು ಕೀಳುವಂತಹ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದುಕೊಂಡ ಬಹಳಷ್ಟು ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ತಕ್ಷಣ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ರಭಸದ ಏಟಿನಿಂದಾಗುವ ಅಪಘಾತಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಸಹಾ ಹರಿದು ಛಿದ್ರವಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸಾರಿ, ಬಾರೀ ಪ್ರಮಾಣದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗುವ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡದಿಂದ, ರೋಗಿ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಮಯಕ ಹೊಂದುತ್ತಾನೆ. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವೇ ತಾಸುಗಳಲ್ಲಿ ಅಸು ನೀಗಲೂ ಬಹುದು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ತರುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಇವರು ಗಾಢ–ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೀಗೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುವುದನ್ನು ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವ ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅತಿ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಿ, ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ಕೆಲವರನ್ನಾದರೂ ಬದುಕಿಸಬಹುದು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಶೇ. ೭೫ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆ.

ಅಷ್ಟೇನೂ ರಭಸದಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗದೆ, ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಲು ಕೆಲಸಾರಿ ಒಂದೆರಡು ವಾರಗಳೇ

ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಸಬ್-ಅಕ್ಯೂಟ್ ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (Sub Acute Sub Dural) ಎನ್ನಬಹುದು. ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ತಲೆನೋವು, ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆ ಭಾಗದ ಮಿದುಳಿನಿಂದ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲ್ಪಡುವ ಅಂಗಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿಧಾನಗತಿಯ ನರಗಳ ದುರ್ಬಲತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಕಡೆ ಪಾರ್ಶ್ವ ಲಕ್ವ (Hemiperesis), ಮಾತಿನಲ್ಲಿ ಅಸ್ಪಷ್ಟತೆ ಮುಂತಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದರೆ ಈ ತೆರನ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿರುವುದು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತಲೆಗೆ ಏಟು ಬಿದ್ದಿರುವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಮರೆತು ಹೋಗಿರುತ್ತದೆ ! ತಲೆ ಶೂಲೆ, ನರಗಳದುರ್ಬಲತೆ, ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯತೆಯಂತಹ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಅತ್ಯಂತ ವಿಳಂಬಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ತಲೆಯೊಳಗಡೆಯ ಸ್ಥಳವನ್ನಾಕ್ರಮಿಸುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದುದ್ಭವಿಸುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಹೋಲುವ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಅಷ್ಟೇನೂ ಸುಲಭವಲ್ಲ. ತಲೆಗೆ ಏಟು ತಗುಲಿ ೨-೩ ವಾರಗಳು ಮುಗಿದ ನಂತರ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (Chronic Sub-dural) ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.

ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ಮತ್ತು ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿ ಕಾಣಿಸಲಾರವು. ಅತ್ಯಂತ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಒಂದರಿಂದ ಇನ್ನೊಂದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಬುರುಡೆಯಲ್ಲಿ ತೂತು ಕೊರೆದಾಗಲೇ ನಿಜಸ್ಥಿತಿ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ.

ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದಲೇ ಮಿದುಳಿಗೆ ಜಖಂ ಆಗಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಮತ್ತು ಅದರ ನಮೂನೆಗಳನ್ನೂ ಸಹಾ ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪಘಾತವಾದ ರೀತಿ, ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ, ರೋಗಿಯ ಪ್ರಜ್ಞಾವಸ್ಥೆಯ ಮಟ್ಟ, ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗಿತ್ತೋ, ವಾಂತಿಯಾಗಿತ್ತೇ, ಮುಂತಾದ ವಿಚಾರಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅವನ ಜೊತೆಯವರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆಯಬೇಕು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬಂದಾಗಿನ ಅವನ ಪ್ರಜ್ಞೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ದಾಖಲು ಮಾಡಬೇಕು. ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ

ಕರೆದು ಮಾತನಾಡಿಸುವುದು, ಚಿವುಟಿ ನೋವು ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ವೀಕ್ಷಿಸುವುದು, ಕಣ್ಣಿನ ತಾರಕೆಗಳು ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುವ ರೀತಿ, ನರ ಪ್ರಚೋದನೆಗೆ ಕೈಕಾಲುಗಳ ಚಲನ, ಮೈಮೇಲಿನ ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನದ ಮಟ್ಟ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಮಿದುಳಿನ ಯಾವ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ತರಹದ ಜಖಂ ಆಗಿರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ಕರಾರುವಕ್ಕಾಗಿ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ತಲೆ ಬುರುಡೆಯ ವಿವಿಧ ಕೋನಗಳ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳಿಂದ ಚಪ್ಪಟೆ ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಬಿರುಕು, ಒಡೆತ, ಮೂಳೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಕುಗ್ಗಿದ ಸ್ಥಿತಿ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಕುತ್ತಿಗೆಯಿಂದ ಬುರುಡೆಗೆ ಪ್ರವಹಿಸುವ ಕೆರೋಟಿಡ್ ಧಮನಿಗೆ ಎಕ್ಸರೇ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕ ನೀಡಿ ತೆಗೆದ ತಲೆಯ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಅಪಘಾತದಿಂದುಂಟಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿರುವ ಪ್ರದೇಶ ಅದರ ಗಾತ್ರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಕರಾರುವಕ್ಕಾಗಿ ಇದರಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಉಪಕರಣ ಸಿ.ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್ (C.T. Scan)ನ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಮಿದುಳಿನ ವಿವಿಧ ವಲಯಗಳಲ್ಲಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಿಂದ ಮಿದುಳಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದು ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಹೊರಗೆ ಬಿಡುವುದರ ಮೇಲೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಬಹಳಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮಯಕದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಭಾವದ ಅರಿವಳಿಕೆಯಿಂದಲೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದಂತೆ ಕಪಾಲ ಪ್ರದೇಶದಡಿಯಲ್ಲಿ ಮಿದುಳ್ಪರೆಯ ಹೊರಗೆ ಅಥವಾ ಒಳಗಡೆ ಆಗುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಕಪಾಲದ ಮೂಳೆಯಲ್ಲಿ ಭೈರಿಗೆಯಿಂದ ಕೊರೆದು ತೂತು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಕಪಾಲದ ಎರಡೂ ಕಡೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಶೇ. ೨೦ ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಎರಡೂ ಕಡೆ ತೂತು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬುರುಡೆ ತೂತಾದಕ್ಷಣ ಎಪಿಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಹೊರಗೆ

ಹರಿಯಲಾರಂಭಿಸಿದರೆ, ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವದಲ್ಲಿ ಆ ಪರೆಯ ಕೆಳಗಡೆ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿರುವುದು ಅದು ಊದಿಕೊಂಡು ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿರುವುದರಿಂದ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಡ್ಯೂರಾ ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ತೂತು ಮಾಡಿ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ರಕ್ತವನ್ನು ಹೀರಿ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಾದರೆ ಈ ರೀತಿಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರನ್ನಾದರೂ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಮುನ್ನೋಟ

ರಭಸದ ಒತ್ತಡದ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಿಗೊಳಗಾದ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ದಾಖಲಾಗುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದವರು ಮುಂದಿನ ೪೮ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಯಬಹುದು ; ಆರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಶಿರಾಪಘಾತದವರು ಇನ್ನೂ ಮೂರಿ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಯಶಸ್ವಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸಲು ಸಿಗುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಇದು ಅತ್ಯಂತ ಮುಂದುವರಿದ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೆರಿಕಾ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೂಡ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೇ ಸರಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಅಭಾವವಿರುವ ಭಾರತದಂತಹ ಹಿಂದುಳಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಶಿರಾಪಘಾತಕ್ಕೊಳಗಾದವರು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಂಭವಗಳು ಊಹೆಗೆ ನಿಲುಕಲಾರದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸೌಲಭ್ಯಗಳ ಕೊರತೆಯ ಜೊತೆಗೆ, ಜನರ ಅಜ್ಞಾನ, ಬೇಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ನಡೆವಳಿಕೆ, ಕಾನೂನು ಸಮಸ್ಯೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳೂ ಅಡಚಣೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದವರು ಪ್ರತಿ ಜಿಲ್ಲಾ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲೂ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಜ್ಞರಿಗೆ, ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಾದವರಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಲು ತರಬೇತಿ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಲ್ಲನೇಕರನ್ನು ಬೆಂಗಳೂರಿನಲ್ಲಿರುವ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ನರವಿಜ್ಞಾನ ಸಂಸ್ಥೆ (Nimhans)ಗೆ ಕಳುಹಿಸಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ತರಬೇತಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ. ಆದರೂ ತಲೆಗೆ ಏಟು ಬಿದ್ದವರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಿಚಿತ್ರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದೆ. ತಲೆಗೆ ಏಟು ಬಿದ್ದು ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವವರಿಗೆ ಇಂತಹ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯಲಾರದೆಂಬ ಭಾವನೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಅವರನ್ನು ಬೆಂಗಳೂರು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೋ ಪಟ್ಟಣದ

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯಬೇಕೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಅವರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಇಂತಹ ಅಪಘಾತಗಳಿಗೊಳಗಾದವರು ಕಾನೂನಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ರಾಜಕೀಯ ಒತ್ತಡವೂ ತಲೆಹಾಕಿರುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರೂ ಹಿಂದೇಟು ಹಾಕಿದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ. ಹೀಗಾಗಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ರೋಗಿಗಳು ದೂರದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಸಾಗಿಸುವ ದಾರಿಯಲ್ಲಿ ಅಸುನೀಗಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿವೆ.

ತಲೆ ಬುರುಡೆಯೊಳಗಡೆ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿರುವುದನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೀರಾ ಸರಳವಾದುದು. ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯುವ ಕಾರ್ಯ ವಿಳಂಬವಾದರೆ ಅದರ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ರೋಗಿ ಸಾಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ಆದುದರಿಂದ ರೋಗಿ ಬಿದ್ದ ಜಾಗದಲ್ಲೇ ಸಿಗಬಹುದಾದ ಕಬ್ಬಿಣದ ಮೊಳೆಯಿಂದಲಾದರೂ ತಕ್ಷಣ ಕಪಾಲದಲ್ಲಿ ತೂತು ಮಾಡಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಬೇಕೆಬ ಬೋಧನೆ ಹಿಂದಿನ ಕಾಲದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪಠ್ಯಪುಸ್ತಕಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತಿತ್ತು! ಇತಿಹಾಸ ಪೂರ್ವದ ಆದಿಮಾನವರ ಕಾಲದಲ್ಲೂ ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ್ದರ ಪುರಾವೆಗಳನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವರೇನು ನರರೋಗ ತಜ್ಞರಾಗಿರಲಿಲ್ಲವಷ್ಟೆ !

ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೇರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಸಾವು ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರಭಸದ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಾದವರ ಬಹುಪಾಲು ಸಾವುಗಳಿಗೆ ಅವರ ಮಿದುಳಿನ ದ್ರವ್ಯ ಮತ್ತು ನರಕಣಗಳಿಗೆ ಅಪಘಾತದ ಸಮಯದಲ್ಲಾದ ಬದಲಾಗಿಸಲಾಗದ ಜಖಂ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹವರಿಗೆ ದೊಡ್ಡ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳ ವಿಶೇಷ ತಜ್ಞರೂ ಏನೂ ಮಾಡಲಾರರು. ಅದರಿಂದ ಸಾರ್ವಜನಿಕರು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಈ ಬಗೆಗೆ ತಮ್ಮ ದೃಷ್ಟಿ ಕೋನಗಳನ್ನು ಬದಲಾಯಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದೊಳಿತು.

ವಾಹನ ಚಾಲಕರು ತಲೆಗಳಿಗೆ ಭದ್ರವಾದ ಶಿರಸ್ತ್ರಾಣಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಗಂಭೀರವಾದ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳಿಂದ ರಕ್ಷಣೆ ಪಡೆಯಬಹುದೆಂಬುದು ನಿರ್ವಿವಾದ. ಆದರೂ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಬಲ ವಿರೋಧ ಎಲ್ಲೆಡೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್ ಅಮೆರಿಕಾದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಳೆದ ಎರಡು ದಶಕಗಳಿಂದ ಇಂತಹ ನಿವಾರಕ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದುದರಿಂದ ಈ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದುಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಈ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಅನುಸರಿಸದ ಇಟಲಿ,

ಜರ್ಮನಿ, ಸ್ವೀಡನ್ ಹಾಗೂ ಭಾರತದಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಏರುತ್ತಲೇ ಇವೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ದ್ವಿಚಕ್ರವಾಹನ ಚಾಲಕರು ಹೆಲ್ಮೆಟ್ ಧರಿಸುವ ನೀತಿಯನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಸಡಿಲಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಶಿರಾಪಘಾತಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹತ್ತುಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯಾಯಿತು. ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೪೦ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಯಿತು ! ಈ ಅಂಕಿ ಅಂಶಗಳು ನಮ್ಮವರ ಕಣ್ಣು ತೆರಸಬೇಕು.

* * * *

೬. ಕಣ್ಪರೆ

ಕಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಪರೆ ಬೆಳೆದು ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಜನರು ಕುರುಡರಾಗುತ್ತಿರುವ ಸಮಸ್ಯೆ ಇಂದು – ನಿನ್ನೆಯದಲ್ಲ. ಪುರಾತನ ಆಯುರ್ವೇದಾಚಾರ್ಯರು ತಮ್ಮ ಬರವಣಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾಗಿ ಬರೆದಿದ್ದಾರೆ, ಅವರು ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ವಿವರ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಬೈಬಲ್‌ನಲ್ಲಿಯೂ ಕಣ್ಪರೆಗಳ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಿದೆ. ಆದರೂ ಹದಿನೇಳನೆಯ ಶತಮಾನದ ಮಧ್ಯದ ಅವಧಿಯವರೆಗೂ ಕಣ್ಪರೆ ಬೆಳೆಯುವುದರ ಮರ್ಮ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿದು ಬಂದಿರಲಿಲ್ಲ.

ಪರೆ ಬೆಳೆಯುವುದರಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ದೃಷ್ಟಿ – ದೋಷದ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಪರೆಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಒರಟು ವಿಧಾನಗಳು (Couching) ಬಹುಕಾಲದಿಂದಲೂ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿವೆ. ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಈ ತರಹದ ಅಡನಾಡಿ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಸಾವಿರಾರು ಜನ ಕಣ್ಣು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಅಜ್ಞಾನ, ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆ, ಬಡತನ ಮತ್ತು ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದ ವಂಚಿತರಾದ ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳ ಜನ ಅಡನಾಡಿ ವೈದ್ಯರ ದುಷ್ಕರ್ಮಗಳಿಗೆ ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಇಂದಿನ ವಿಪರ್ಯಾಸಗಳಲ್ಲೊಂದು. ಅವರು ನಡೆಸುವ "ಶಿಬಿರ"ಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ನೂರಾರು ಜನ ಕಣ್ಣು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು ಕೇಳುತ್ತೇವೆ. ಕೈಗೆ ಸಿಗುವ ಸೂಜಿ, ಚಾಕು, ಬ್ಲೇಡುಗಳೇ ಅವರ ಶಸ್ತ್ರಗಳು. ಏಸೆಪ್ಟಿಕ್–ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ನಿಯಮಗಳ ಗಂಧಗಾಳಿ ಅವರಿಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಉರಿಬಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿ ಹಗಲಿಡೀ ದುಡಿದು, ನಡು–ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಕಣ್ಪರೆ ಪಡೆಯುವ ನಮ್ಮ ಬಡಜನರ ಅಂಧತ್ವದ ಸಮಸ್ಯೆಗೆ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೈಗನ್ನಡಿಯಂತಿದೆ.

ಪ್ರಪಂಚದ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ – ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಧತ್ವಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಈಗ ಮೂರವರೆ ಕೋಟಿ ಅಂಧರಿದ್ದಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಒಂದೂ ಕಾಲು ಕೋಟಿ ಕುರುಡರು ಭಾರತದಲ್ಲೇ ಇದ್ದಾರೆ. ಕಣ್ಣಿನ ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಾಗುವ ಪರೆ–ಕಣ್ಪರೆ (Cataract)ಯೇ ಇದರಲ್ಲಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಪಾಲು ಜನರ ಅಂಧತ್ವಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೬೫-೭೦ ಲಕ್ಷ ಕುರುಡರ ಅಂಧತ್ವಕ್ಕೆ ಕಣ್ಪೊರೆಯೇ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಭಾರತದ ಜನರ ಅಂಧತ್ವದ ಸಮಸ್ಯೆ ಜಾಗತಿಕ ಗಮನ ಸೆಳೆದಿದೆ. ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿರುವ ಅಂಧರಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು – ನಾಲ್ವರಲೊಬ್ಬ ಭಾರತದಲ್ಲೇ ಇರುವುದು ಇದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಕಾರಣ ; ಇತರ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳವರಿಗಿಂತ ಹತ್ತು ವರುಷಗಳಷ್ಟು ಕಿರಿಯ ವಯಸ್ಸಿನ ನಮ್ಮವರಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆ ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಇನ್ನೊಂದು. ಈ ಕೌತುಕ, ವಿಶ್ವದ ನೇತ್ರ ತಜ್ಞರನ್ನು ಬೆರಗುಗೊಳಿಸಿದೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿಯ ಅಂಧತ್ವದ ಸಮಸ್ಯೆಯ ನಿವಾರಣೆಗೆ, ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸಿ, ಕಾರ್ಯಗತ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಕಣ್ಪೊರೆಯಿಂದ ಕುರುಡಾಗುತ್ತಿರುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಏರುತ್ತಲೇ ಇದೆ.

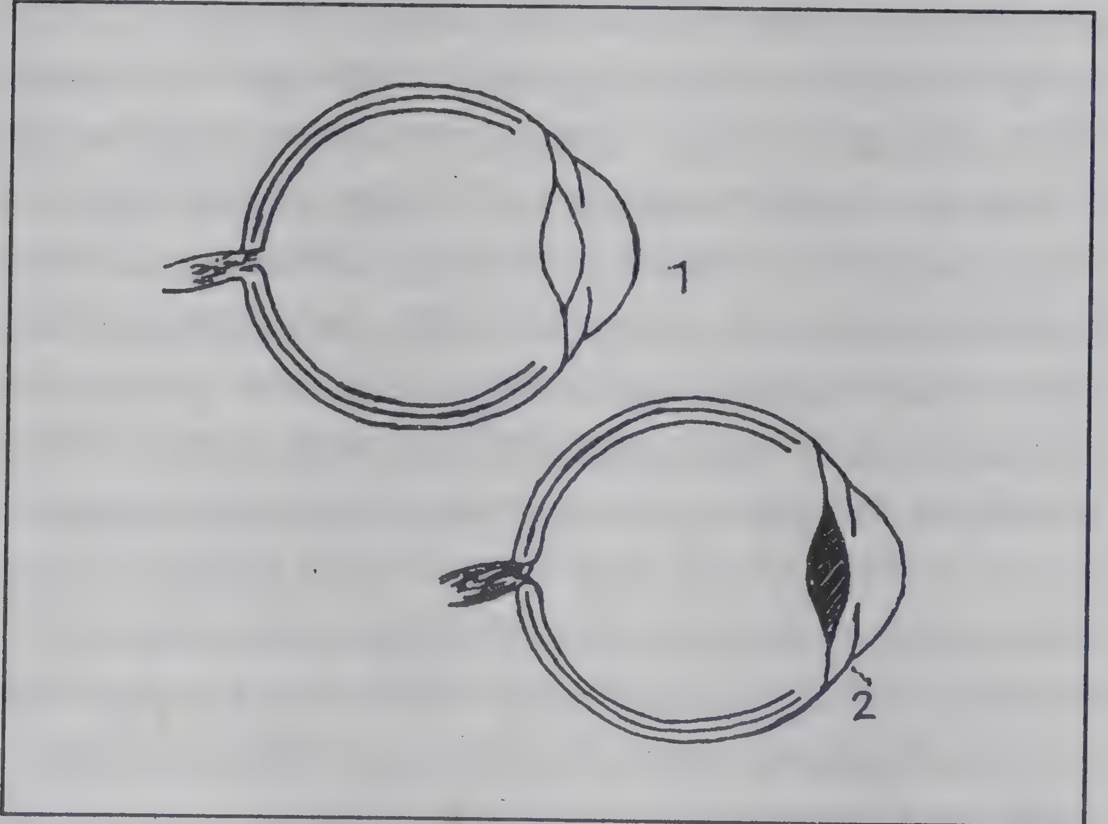
ಕಣ್ಣುಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ಕಣ್ಣು, ತನ್ನ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಫೋಟೋ ತೆಗೆಯುವ ಕ್ಯಾಮಾರಾವನ್ನು ಹೋಲುತ್ತದೆ. ಕ್ಯಾಮಾರಾದಲ್ಲಿರುವಂತೆಯೇ ಕಣ್ಣಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಕಡೆ ಉಬ್ಬಿರುವ ಮಸೂರ (Biconvex Lens) ಇರುತ್ತದೆ. ಮೂರನೆ ಒಂದಂಗುಲದಷ್ಟು ಸುತ್ತಳತೆ, ಮತ್ತು ಕಾಲು ಅಂಗುಲಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ದಪ್ಪವಿರುವ ಮಸೂರ ತಿಳಿಯಾದ ಪಾರದರ್ಶಕ ಬಿಲ್ಲೆಯಾಗಿದೆ. ಅದಕ್ಕೊಂದು ಪಾರದರ್ಶಕ ಕವಚವೂ ಇದೆ. ಕಣ್ಣಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಕಪ್ಪಾದ ಕೋಡ್ಪರೆಯ ಹಿಂದಿರುವ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಮಸೂರವು ನವಿರಾದ ತಂತುಗಟ್ಟುಗಳಿಂದ ತೂಗು ಹಾಕಲ್ಪಟ್ಟಂತಿದೆ. ದ್ರವ ಮತ್ತು ಹಲವಾರು ಘನ ವಸ್ತುಗಳ ಸಮರಸ ಮಿಶ್ರಣದಿಂದಾಗಿರುವ ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ನೀರು, ಸಸಾರಜನಕ, ಮತ್ತು ಖನಿಜಾಂಶಗಳು ವಿವಿಧ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಕಣ್ಣಿಗೆ ಬೀಳುವ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣ ಅಥವಾ ಯಾವುದೇ ದೃಶ್ಯ ಪಾರದರ್ಶಕ ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ಸಾಂದ್ರೀಕರಿಸುತ್ತವೆ (Focus). ನಂತರ ದೃಶ್ಯದ ಚಿತ್ರ ಕಣ್ಣಿನ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಫೋಟೋ ಫಿಲಂ ನಂತಹ ಅಕ್ಷಿಪಟಲದಲ್ಲಿ ತಲೆಕೆಳಗಾದ ಪಡಿಯಚ್ಚಾಗಿ ದಾಖಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪಡಿಯಚ್ಚು ಸಂಕೇತಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣಿನ ನರದ ಮೂಲಕ ಹಿಮ್ಮೆದುಳಿಗೆ ರವಾನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ದೃಶ್ಯದ ಸಹಜ ಪ್ರತಿಬಿಂಬದ ಅರಿವು ಮೂಡುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೇ ನಾವು 'ನೋಟ' (Sight) ಎನ್ನುವುದು. (ಚಿತ್ರ ೭)

ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ವಿವಿದ ಅವಯವಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು

ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಗಳ ಅವನತಿ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು 'ಪಾಜೀಕರಣ' ಕ್ರಿಯೆ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಕಣ್ಣಿನ ಮಸೂರವೂ ಅದಕ್ಕೆ ಹೊರತಲ್ಲ ; ಅದರ ಪರಿಣಾಮವೇ ಪರೆ ಬೆಳೆಯುವುದು. ವಯಸ್ಸಾಗುವವರೆಗೂ ತಿಳಿಯಾಗಿ ಪಾರದರ್ಶಕವಾಗಿದ್ದ ಮಸೂರವೂ ಕ್ರಮೇಣ ಮಬ್ಬಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಮಬ್ಬಾಗುತ್ತಿರುವ ಮಸೂರದ ಮೇಲೆ ಬೀಳುವ ಬೆಳಕಿನ ಎಲ್ಲಾ ಕಿರಣಗಳೂ ಅಕ್ಷಿಪಟಲದತ್ತ ಹಾದು ಹೋಗಲಾರವು. ಇದರಿಂದ ದೃಷ್ಟಿ ಮಂಜಾಗುತ್ತದೆ; ದೃಶ್ಯ ಮಸುಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪರೆ, ಬಲಿತಂತೆಲ್ಲಾ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳು ಮಸೂರವನ್ನು ದಾಟಿ, ಅಕ್ಷಿ ಪಟಲವನ್ನು ತಲುಪುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುತ್ತವೆ; ವ್ಯಕ್ತಿ ಕ್ರಮೇಣ ಕುರುಡಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವ ಸಸಾರಜನಕ, ಅದರಲ್ಲೂ ಅಮೈನೋ ಆಮ್ಲಗಳು, ವಿಟಮಿನ್ E, ರೈಬೋಫ್ಲೇವಿನ್, ಖನಿಜಗಳಾದ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ, ಫಾಸ್ಪರಸ್, ಕ್ರೋಮಿಯಂ, ಸತು (Zinc) ಮುಂತಾದವುಗಳ ಕೊರತೆಯುಂಟಾದಾಗ ಅದರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಇದರಿಂದ ಮಸೂರದ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಪಾರದರ್ಶಕತ್ವ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಿದ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಈ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ. ಈ



ಚಿತ್ರ ೭. ಕಣ್ಣಿನ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಣ್ಪರೆ. ೧. ಮಸೂರ, ೨. ಕಣ್ಪರೆ

ತರಹೆಯ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿದ್ದ ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಜನಿಸಿದ ಶಿಶುಗಳ ಮಸೂರಗಳಲ್ಲಿ ಇಂಥಾ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಕಣ್ಪೊರೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲೊಂದು ಎಂಬುದು ಇವುಗಳಿಂದ ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿದೆ.

ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಸಕ್ಕರೆಯನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗುವಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇರುವ ಡಯಾಬಿಟಿಕರಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ರಸಾಯನಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಂದ ಅವರಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳು ಬಹುಬೇಗ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಉಷ್ಣವಲಯದ ಸೂರ್ಯಕಿರಣಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ "ಅತಿ ನೇರಳೆ ಕಿರಣಗಳ" ಪ್ರಖರತೆಯೂ ಬಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿದ್ದುಕೊಂಡು ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ಮಸೂರಗಳಲ್ಲಿ ಮಬ್ಬು ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆನ್ನುವುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಹೊಲಗದ್ದೆಗಳ ಉರಿಬಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ರೈತರು ಮತ್ತು ಕೂಲಿ ಕಾರ್ಮಿಕರಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳು ಶೀತವಲಯದವರಿಗಿಂತ ಹತ್ತು ವರ್ಷ ಮೊದಲೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಇದೇ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಕಣ್ಪೊರೆಗಳ ತರಹೆವಾರಿ

ಸಂಜಾತ ಕಣ್ಪೊರೆ : ಕೆಲವು ಮಕ್ಕಳು ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳನ್ನು ಪಡೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿರುತ್ತವೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಜನಿಸಿದ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲೇ ಅವು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ತಂದೆ-ತಾಯಿಯರಲ್ಲಿ ಇರಬಹುದಾದ ತಳಿ ಮೂಲದ ಕೆಲವು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದ ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ. ಶಿಶು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಎಕ್ಸರೇ ವಿಕಿರಣತೆಗೊಳಗಾಗುವುದು, ಕೆಲವು ವಿಷಕರ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆಯೂ ಸಹ ಈ ತರಹೆಯ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣಗಳಾಗಬಹುದು. ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ತಾಯಿಗೆ ರುಬೆಲ್ಲಾ (ಜರ್ಮನ್ ಮೀಸಲ್ಸ್) ಮತ್ತು ಸಿಫಿಲಿಸ್‌ನಂತಹ ಗುಹ್ಯರೋಗದ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ, ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಜಾತ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಹೀಗೆ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಂಜಾತ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಿಗೆ ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆಯಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದರೆ ಅವರಿಗೆ ಪೂರ್ಣದೃಷ್ಟಿ ಬರುತ್ತದೆ.

ಮುಪ್ಪಿನ ಕಣ್ಪೊರೆ : ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ಪಾಜೀಕರಣವಾಗುವುದರಿಂದ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಾಗುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲೇ

ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ ಮತ್ತು ಉರಿಬಿಸಿಲಿನಲ್ಲಿರುವ ಅತಿ ನೇರಳೆ ಕಿರಣಗಳ ಜಳಕದಿಂದ, ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರತರಾದ ಬಡಜನರಲ್ಲೇ ಈ ತರಹೆಯ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಾಗುವುದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಇತರ ದೇಶಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೬೫-೭೦ ವರ್ಷಗಳಾದವರಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಕಣ್ಪೊರೆ ಉದ್ಭವಿಸಿದರೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ೫೦-೫೫ ವರ್ಷದವರಲ್ಲೇ ಅವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಏಟಿನ ಕಣ್ಪೊರೆ : ಕಣ್ಣಿಗೆ ಏಟು ಬೀಳುವುದು, ಕಣ್ಣೊಳಗಡೆ ಲೋಹದ ವಸ್ತುಗಳು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಬಾಣ ಬಿರುಸುಗಳ ಹೊಡೆತ, ಹೆಚ್ಚು ಶಾಖವಿರುವ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣೊಡ್ಡಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವುದು (ಉದಾ : ಬಿಸಿ ಗಾಜಿನ ಕೊಳವೆ ಊದುವವರು) ಎಕ್ಸರೇ ಮತ್ತಿತರ ವಿಕಿರಣತೆಗೊಳಗಾಗುವವರಲ್ಲಿ ಈ ತರಹೆಯ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಇಂತಹ ಕೈಗಾರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರು ಕಣ್ಣಿಗೆ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವ ಕನ್ನಡಕಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ಅವು ಉದ್ಭವವಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯ. ಏಟುಗಳಿಂದ ಉರಿಯೂತ ಹತೋಟಿಗೆ ಬಂದಾಕ್ಷಣ ಕಣ್ಪೊರೆ ತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಪ್ಯಾರಾ-ಥೈರಾಯಿಡ್ ಕಣ್ಪೊರೆ : ಡಯಾಬಿಟಿಕರಲ್ಲಾಗುವಂತೆಯೇ ಪ್ಯಾರಾ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಚೋದನಿ ಅತಿಯಾಗಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಮಸೂರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಮಬ್ಬಾಗಿ ಕಣ್ಪೊರೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಎರಡೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತಂದು ಕಣ್ಪೊರೆಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆಯ ಕಣ್ಪೊರೆ : ಆಸ್ತಮಾ, ಸಂಧಿವಾತಗಳಂತಹ ಬೇನೆಗಳ ಉಪಶಮನಕ್ಕಾಗಿ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕಣ್ಪೊರೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮಂದ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳು ಕಣ್ಣಿನ ಮೇಲೆ ಬಿದ್ದಾಗಲೂ ಕಣ್ಣು ಕೋರೈಸುವ ಅನುಭವ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಮಸೂರದ ಮಸುಕು ಹೆಚ್ಚಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಅದರ ಮೂಲಕ ಹಾಯ್ದು ಹೋಗುವ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮಬ್ಬಾದ ಮಸೂರವನ್ನು ತಾಕಿದ ಕಿರಣಗಳು ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಚದುರುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದ ಅಕ್ಷಿ ಪಟಲದಲ್ಲಿ

ಮೂಡುವ ಪ್ರತಿಬಿಂಬ ಅಸ್ಪಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಕಣ್ಣಿನ ಮುಂದೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿರವಾದ ಕಪ್ಪು ಚುಕ್ಕೆಗಳಿರುವಂತೆ ಭಾಸವಾಗುತ್ತದೆ ; ಒಂದೇ ಸಾರಿಗೆ ಒಂದೇ ವಸ್ತುವಿನ ಎರಡು–ಮೂರು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಗಳನ್ನು ಕಂಡಂತಾಗುತ್ತದೆ. ದೃಶ್ಯದ ಸುತ್ತ ಕಾಮನ ಬಿಲ್ಲಿನ ಬಣ್ಣಗಳ ಪಟ್ಟಿ ಇರುವಂತೆ ಅನುಭವವಾಗುತ್ತದೆ. ಮಸೂರದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹಂತದ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪರೆಗಳಿರುವಲ್ಲಿ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳು ವಕ್ರೀಭವಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ತೆರನ ದೃಷ್ಟಿ ದೋಷಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಮುಂದೆ ಪರೆ ಬಲಿಯುತ್ತಾ, ಹೋದಂತೆಲ್ಲಾ "ದೂರದೃಷ್ಟಿ" ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ತನಕ ಹತ್ತಿರದಿಂದ ಬರೆದು, ಓದಲು ಕಷ್ಟವಾಗಿ "ಚಾಳೀಸ್" ಬಂದಿದೆಯೆಂದು ಕನ್ನಡಕ ಧರಿಸುತ್ತಿದ್ದವರಿಗೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕನ್ನಡಕಗಳ ಅವಶ್ಯಕ ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ತಮಗೆ ಎರಡನೆಯ ದೃಷ್ಟಿ ಬಂದಿದೆಯೆಂದು ಖುಷಿ ಪಡುತ್ತಾರೆ! ಆದರೆ ನಿಜಸ್ಥಿತಿಯೇ ಬೇರೆ. ಕಣ್ಪೊರೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ಹಂತವೆಂಬ ಅರಿವು ಅವರಿಗುಂಟಾಗಲು ಬಹಳ ಕಾಲ ಬೇಕಾಗಲಾರದು. ಕೆಲ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಪರೆ ಬಲಿತು ಕಣ್ಣು ಕಾಣಿಸದಾದಾಗ ಅವಾಕ್ಕಾಗುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೀತಿ ಕಣ್ಪೊರೆ ಬಲಿತು ಕಣ್ಣು ಕಾಣಿಸದಂತಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವು ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಈ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅವರು ವಿವಿಧ ದರ್ಜೆಯ ಕುರುಡುತನವನ್ನು ಅನುಭವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕಣ್ಣನ್ನು ಬಹಳ ಹತ್ತಿರದಿಂದ ವೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಪಾಪೆಯ ರಂಧ್ರದ ಹಿಂದೆ ಅಚ್ಚ ಬಿಳಿಯ ಪರದೆ (ಪರೆ) ತಂತಾನೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಬ್ಯಾಟರಿಯ ಬೆಳಕನ್ನು ಹಾಯಿಸಿದಾಗ ಬಿಳುಪು ಇನ್ನೂ ಎದ್ದು ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಬಲಿಯದ ಪರೆ ಬೂದು ಬಣ್ಣದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನೇತ್ರ ವೈದ್ಯರು "ನೇತ್ರ ದರ್ಶಕ ಬ್ಯಾಟರಿ" (Ophthalmo Scope) ಯಿಂದ ನೋಡಿದಾಗ ಕೆಂಪು ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ಪರೆ ಕಪ್ಪಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು :

ಕಣ್ಪೊರೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಇತಿಹಾಸದ ವಿವಿಧ ಕಾಲಗಳಲ್ಲಿ ನಾನಾ ತರಹೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದ್ದವು. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ನಿಯಮಗಳು ಜಾರಿಗೆ ಬರುವವರೆಗೂ ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಉಪಕಾರಗಳಿಗಿಂತ, ಅನಾಹುತಗಳೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದುದೇ ಹೆಚ್ಚೆನ್ನಬೇಕು.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ರಂಗದ ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅಗಾಧ ಪ್ರಗತಿಯುಂಟಾಗಿರುವುದಾದರೂ, ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಯೋಗದಿಂದ ಪರೆಗಳನ್ನು

ಕರಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಪರೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ವಿವಿಧ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ವಿವೇಚಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವು ತೆರನ ಪರೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಸಂಜಾತ ನ್ಯೂನತೆಗಳಿಂದಾಗುವ ಪರೆ, ಔಷಧ ಸೇವನೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಪರೆ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಪ್ಯಾರಾಥೈರಾಯಿಡ್ ಪರೆ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ಪರೆ – ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ನಿರೋಧಕ ಮಾರ್ಗಗಳನ್ನನುಸರಿಸುವುದರಿಂದ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆ ಇರಬಹುದಾದರೂ, ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಗತಿಯಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಬಿಸಿಲಿನ ಜಳಕದಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗಿರುವವರು ಕಪ್ಪು ಕನ್ನಡಕ ಧರಿಸುವುದರಿಂದ, ಇಲ್ಲವೇ ಕಣ್ಣಿಗೆ ನೆರಳು ಬೀಳುವಂಥ ಶಿರಸ್ತ್ರಾಣವನ್ನು ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ಪರೆ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ವಯಸ್ಸನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲವಾದರೂ ಮುಂದೂಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ.

ದೇಹದ ಒಂದು ಭಾಗವಾದ ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಪರೆ ತೆಗೆಯುವ ಸಲುವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವುದಾದರೂ ರೋಗಿಯ ಒಟ್ಟು ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕು. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ರಕ್ತದೊತ್ತಡದಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರಬೇಕು. ಕೆಮ್ಮು, ದಮ್ಮು ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ತಡೆಯಾಗುವಂಥ (ಉದಾ : ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ) ಕಾಯಿಲೆಗಳಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳಿಗೂ ಮೊದಲೇ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಬೇಕು. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು – ಕುರು, ಹಲ್ಲು ಕುರು – ಇದ್ದರೆ ಅವಕ್ಕೂ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

ಕಣ್ಣಿಗೆ ಜರುಗಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಆಧುನಿಕ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲೇ ಆಗಬೇಕೆಂಬ ನಿಯಮವಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳಿರದ ಏಸೆಪ್ಟಿಕ್ ವಾತಾವರಣವಿರಬೇಕು. ಬಳಸುವ ಸಲಕರಣೆ ಮತ್ತು ಬಟ್ಟೆ ಬರೆಗಳು ಶ್ರೇಷ್ಠಮಟ್ಟದ ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರಬೇಕು. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದಾಗ ಕಣ್ಣಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದರೆ, ಇಡೀ ಕಣ್ಣಿಗೆ ನಂಜಾಗಿ, ಅದು ನಾಶವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಎಚ್ಚರಿಕೆ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಆದರೂ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪರೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಶಿಬಿರಗಳು ಎಲ್ಲೆಂದರಲ್ಲಿ ಜರುಗುವುದನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳ ಸ್ಕೂಲು, ಪಂಚಾಯಿತಿ ಕಚೇರಿಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಅಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ

ಸಂಘ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು, ಸರ್ಕಾರ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಸ್ವಯಂ ಸೇವಾ ಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಸಹಾ ಇಂಥ ಶಿಬಿರಗಳಿಗೆ ಪ್ರೋತ್ಸಾಹ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ದೇಶದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳ ಹಾವಳಿಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಂಧತ್ವದ ವಿರುದ್ಧ ಅವರೆಲ್ಲಾ ಸಮರ ಸಾರಿದ್ದಾರೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಜಾಗದ ವಿಷಯದಲ್ಲಿನ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಡಿಲಗೊಳಿಸಿರಬಹುದಾದರೂ, ಇನ್ನುಳಿದ ನಿಯಮಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಪಾಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅದರಿಂದ ಇಂಥಾ ಶಿಬಿರಗಳನ್ನು ಜರುಗುವ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗಿಲ್ಲವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಯಾರದೋ ಅಚಾತುರ್ಯದಿಂದ ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ನೂರಾರು ಜನರು ಕಣ್ಣು ಕಳೆದುಕೊಂಡರೆಂಬ ಸುದ್ದಿ ಕೇಳಿ ಬರುವುದೂ ಉಂಟು. ಭಾರತದಲ್ಲಿನ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಜನರ ಅಂಧತ್ವವನ್ನು ನೀಗಿಸುವಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಶಿಬಿರಗಳು ಅವಶ್ಯಕ. ಅನಾಹುತಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಈ ಶಿಬಿರಗಳ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ನಂಬಿಕೆ ಉಳಿಯಲಾರದು. ಒಳ್ಳೆಯದಕ್ಕಾಗಿ ರೂಪಿಸಿದ ಇಂತಹ ಯೋಜನೆಗಳ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಹಿಂದು–ಮುಂದಾಗಿ ಅಂಧರ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರ ಬದಲು, ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಾ ಹೋಗಬಹುದು.

ಸರಿಯಾಗಿ ಬಲಿತು ನೆರೆಯದ ಕಣ್ಪೊರೆಗಳನ್ನು ತಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಬಲಿತ ಮೇಲೂ ಬಹಳ ಸಮಯ ಕಾಯುವೂದೂ ಸರಿಯಲ್ಲ. ಪರೆಯ ಅಡಚಣೆಯಿಂದ ಬಹಳ ಕಾಲ ದೃಷ್ಟಿ ಮಂಜಾದವರ ಕಣ್ಣಿನ ನರಕ್ಕೆ ಕೆಲಸವಿರದಿರುವುದರಿಂದ, ಅದು ದುರ್ಬಲವಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಪರೆ ತೆಗೆದರೂ, ನರಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದಿನ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ಮರಳಿ ಬರುವುದಿಲ್ಲ.

ಕಣ್ಪೊರೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಎಲ್ಲಾ ವಿಧಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲೂ ಮಸೂರ ಇರುವ ಗೂಡನ್ನು ತೆರೆದು, ಬಲಿತ ಪರೆಯನ್ನು ಎಳೆದು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಣ್ಣಿನ ಬಿಳೀ ಪರೆ (Sclera) ಮತ್ತು ಕೋಡ್ಪರೆಗಳು ಸಂಧಿಸುವೆಡೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ, ಕಣ್ಪೊರೆಯಾದ ಮಸೂರವನ್ನು ಹೊರಗೆ ತರುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹಾಗೂ ಚಮತ್ಕಾರಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದು ಹೆಸರಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೋವಾಗದಿರಲು ಮೊದಲೇ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸಲಾರದ ತೀರಾ ಎಳಯರು ಮತ್ತು ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೇವಲ ೧೫–೨೦ ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಮುಗಿದು ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ಕಣ್ಪೊರೆಯನ್ನು ತೆಗೆದ ನಂತರ ಕತ್ತರಿಕೆಯಿಂದಾದ ಗಾಯವನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ದಾರದಿಂದ ಹೊಲಿದು ಮುಚ್ಚಿ ಪಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುತ್ತಾರೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಒದ್ದಾಡುವುದಾಗಲೀ, ಕೆಮ್ಮುವುದಾಗಲೀ ಸರಿಯಲ್ಲ. ಮಾರನೆಯ ದಿನ ಕಣ್ಣಿನ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಬಿಚ್ಚಿ, ಕಣ್ಣನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿ, ಔಷಧಗಳ ತೊಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಮತ್ತೆ ಪಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುತ್ತಾರೆ. ಸುಮಾರು ಒಂದು ವಾರ ಈ ತರಹೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ, ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುತ್ತಾರೆ.

ತೊಡಕುಗಳು

ರಕ್ತಸ್ರಾವ : ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚುವಾಗ ಹೊಲಿಗೆಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಬೀಳದಿದ್ದರೆ, ಕಣ್ಣಿನ ಒಳಗಡೆ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅತೀ ಸೂಕ್ಷ್ಮದಾರಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಇಂಥ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ತಂತಾನೆ ಆರಿಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದಾಗ ಕಣ್ಣಿನ ದೃಷ್ಟಿಗೇ ಸಂಚಕಾರವಾಗಬಹುದು.

ಗಾಯ ಬಿಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುವುದು : ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹೊಲಿಗೆಯ ದಾರಗಳ ಉಗಮನದಿಂದ ಈ ತೊಡಕೂ ಸಹ ತೀರಾ ಅಪರೂಪವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು : ಶುಚಿತ್ವ ಹಾಗೂ ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ನಿಯಮಗಳ ಉಲ್ಲಂಘನೆಯಾದಾಗ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಉಂಟಾಗಿ, ಕೀವುಗಟ್ಟಬಹುದು. ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಿಂದಲೇ ನೀಡುವುದರಿಂದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಕೈ ಮೀರಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ದೃಷ್ಟಿಯ ಜೊತೆಗೇ ಇಡೀ ಕಣ್ಣೇ ನಾಶವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಒಂದು ಸಾರಿ ಕಣ್ಪೊರೆಯನ್ನು ತೆಗೆದ ಶೇ ೧೦ ರಷ್ಟು ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ ಅದು ಮರಳಿ ಬೆಳೆಯಲೂ ಬಹುದು.

ಕಣ್ಣಿನೊಳಗೆ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ಸಾಂದ್ರೀಕರಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಮಸೂರವನ್ನು ತೆಗೆದ ನಂತರ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳು ಚೆಲ್ಲಾಪಿಲ್ಲಿಯಾಗಿ ಸಹಜ ದೃಶ್ಯ ಮೂಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ದಪ್ಪ ಗಾಜಿನ ಕನ್ನಡಗಳನ್ನು ಧರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಹಿಂದಿನ ಸಹಜ ದೃಷ್ಟಿಬಾರದೆ ತಮ್ಮ ಅತೃಪ್ತಿಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ "ಸ್ಪರ್ಶ ಮಸೂರ" (Contact Lens)ಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವುದರಿಂದ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳುಂಟಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇನ್ನೂ

ಸಹಜ ದೃಷ್ಟಿಯನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ "ಅಂತರ್-ನೇತ್ರ ಮಸೂರ" (Intra-Occular Lens)ಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದರಿಂದ ಪಡೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಪೊರೆಯನ್ನು ತೆಗೆದ ಕೂಡಲೇ, ಖಾಲಿಯಾದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕೃತಕ ಮಸೂರವೊಂದನ್ನು ಜೋಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ದೊರೆಯುವ ದೃಷ್ಟಿ ಹಿಂದಿನದ್ದರಷ್ಟೇ ಸಹಜವಾಗಿರುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಸದ್ಯ, ಅವು ಸ್ವಲ್ಪ ದುಬಾರಿ, ವಿಶೇಷ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ನೇತ್ರ ತಜ್ಞರೇ ಈ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವಿನ್ನೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿಲ್ಲ.

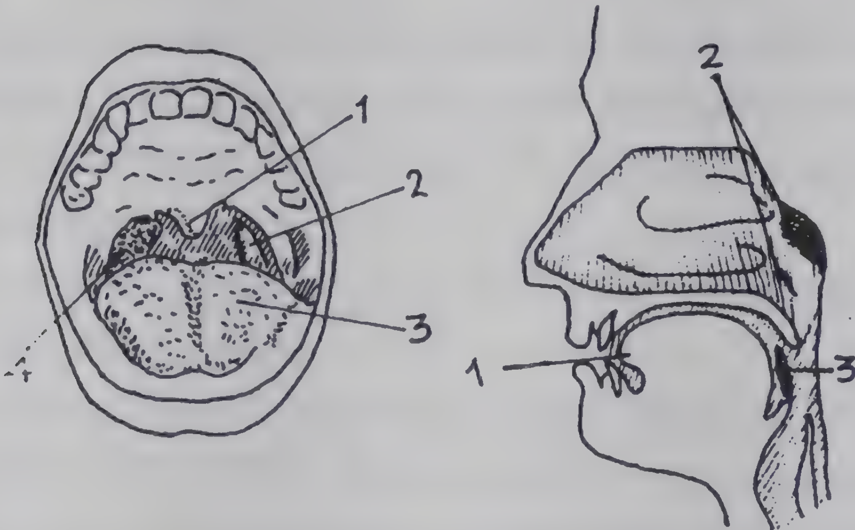
* * * *

೭. ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್

ಪ್ರಂಪಚದಾದ್ಯಂತ ಪ್ರತಿವರ್ಷವೂ ಕೋಟ್ಯಾಂತರ ಜನರ ಗಂಟಲೊಳಗಿನ ಟ್ರಾನ್ಸಿಲ್ (ಮೆಂಡಿಕೆ) ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ – 'ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟೆಮಿ'– ಜರುಗುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ನಡೆಯುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಗೇ ಅಗ್ರ ಮಾನ್ಯತೆ ಇರುವಂತಿದೆ. ಇದೊಂದು ನಿರಪಾಯಕರ ಹಾಗೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದು ಹೆಸರಾಗಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ದುರುಪಯೋಗವಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂಬ ಅವಹೇಳನೆಗೂ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ವಿಪರ್ಯಾಸದ ಸಂಗತಿ.

ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಉಪಯುಕ್ತತೆ

ನಾಲಿಗೆಯ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ, ಬಾಯಿ–ಗಂಟಲು ಸಂಧಿಸುವ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ನೆಲೆಗೊಂಡಿವೆ. ಆಕಾರ ಮತ್ತು ಗಾತ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಬಾದಾಮಿ



ಚಿತ್ರ ೮. ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಮತ್ತು ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್
ಟಾನ್ಸಿಲ್ : ೧. ಕಿರುನಾಲಿಗೆ, ೨. ಸಹಜ ಟಾನ್ಸಿಲ್, ೩. ನಾಲಿಗೆ, ೪. ಉರಿಯೂತದ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್ : ೧. ನಾಲಿಗೆ, ೨. ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್, ೩. ಟಾನ್ಸಿಲ್

ಬೀಜಗಳನ್ನು ಹೋಲುವ ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಗಂಟಲ ದ್ವಾರಪಾಲಕರ ಹಾಗೆ ಕಂಡೂ ಕಾಣದಂತೆ ಹುದುಗಿಕೊಂಡಿವೆ! ಅವು ಬಹುಪಾಲು ಹಾಲ್ರಸ ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಗುಂಪುಗಳಿಂದ ತುಂಬಿಕೊಂಡಿವೆ. ದೇಹದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಅವು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. (ಚಿತ್ರ ೮)

ಇದೇ ತೆರನ ಹಾಲ್ರಸ – ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಇನ್ನೊಂದು ಗುಂಪು ಮೂಗು ಮತ್ತು ಬಾಯಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವ ಮೆದು–ಅಂಗುಳು–ಪರೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿವೆ. ಅವುಗಳಿಗೆ 'ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್' ಎಂದು ಹೆಸರು. ನಾಸಿಕ ದ್ವಾರದ ಹಿಂದಿನ ತುದಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್‌ಗಳು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಊದಿಕೊಂಡು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟುಮಾಡಿ ತಮ್ಮ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸಾದರಪಡಿಸುತ್ತವೆ.

ಹಿನ್ನಾಲಿಗೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲೂ ಕೆಲವು ಹಾಲ್ರಸ–ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಗುಂಪುಗಳು ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಹರಡಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ಸಹಾ ಉರಿಯೂತಕ್ಕೊಳಗಾಗಿ ಗಂಟಲ ನೋವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಟಾನ್ಸಿಲ್ಲೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಗಂಟಲಿನ ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ–ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಗುಂಪುಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗನಿರೋಧಕ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇನ್ನೂ ಸರಿಯಾಗಿ ಪ್ರವೃರ್ಧಮಾನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರದ ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಆಹಾರ ಪಾನೀಯಗಳೊಡನೆ ಕಲುಷಿತವಾಗಿ ಸಂಚರಿಸುವ ಬಹಳಷ್ಟು ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಅವು ನೇರವಾಗಿ ತಡೆಹಿಡಿಯುವ ದ್ವಾರಪಾಲಕರ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆಯಕಟ್ಟಿನ ಹಾಗೂ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯು ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿರುವ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ರೋಗಪೀಡಿತವಾಗುವುದು ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಲ್ಲ.

ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್

ಶೈಶಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಚಿಕ್ಕದಾಗಿರುವ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ೪–೫ ವರ್ಷಗಳಾಗಿ ನರ್ಸರಿ ಹಾಗೂ ಪ್ರೈಮರಿ ಶಾಲೆಗಳಿಗೆ ಹೋಗಲು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದಾಗ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲು ಅವು ಉರಿಯೂತಕ್ಕೊಳಗಾದಾಗ ಪೋಷಕರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ನಾನಾ ರೋಗಗಳಿರಬಹುದಾದ ಇತರ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಪರ್ಕ,

ಕಲುಷಿತ ತಿಂಡಿ ತೀರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯ ಅಭಾವದಿಂದ ಮಕ್ಕಳ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳಿಗೆ ಸೋಂಕು ತಗುಲಬಹುದು. ಮೊದಲು ಶೀತ, ಜ್ವರ, ಉಸಿರಾಟದ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ ; ಜೊತೆಗೇ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳು ಊದಿಕೊಂಡು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕಾಣಿಸುವಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ನೋವೂ, ನುಂಗಲು ತೊಂದರೆ ಸಹಾ ಇರಬಹುದು. ಈ ತರಹೆಯ ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಹದಿಹರಯದವರು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪೀಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದಲ್ಲಿ ಇದರ ಸಂಭವ ತೀರಾ ಅಪರೂಪ. ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ನೇರವಾಗಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಾದ ರೋಗಾಣು ನಂಜಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲೂ ಅವು ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ತೇಲಿಬಂದು ನೆಲೆಸಿ ಉರಿಯೂತವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಮುಂತಾದ ದೇಹವನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಹಾಗೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕುಗ್ಗಿಸುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲೂ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೂ, ಎಳೆಯರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೂ ಒಂದು ತೆರನ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿರುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಇದರಿಂದಲೇ ಬಹುಶಃ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಗೊತ್ತು ಗುರಿ ಇಲ್ಲದೆ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ನೀತಿಗೆ ಹಲವು ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ವಿರೋಧ ವ್ಯಕ್ತಪಡುತ್ತಿರುವುದು.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಚಟುವಟಿಕೆಯಿಂದ ಆಡಿಕೊಂಡು ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದ ಮಗು ಹಠಾತ್ತನೆ ಸುಸ್ತಾದಂತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಶೀತ, ಕೆಮ್ಮು, ಜ್ವರ, ಗಂಟಲು ನೋವು ಮುಂದೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಬಾಯಿತೆರೆಯಲು ಹಾಗೂ ನುಂಗಲೂ ಸಹ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಲಿಗೆಯ ಮೇಲೆ ಪೊರೆ ಕಟ್ಟಿ, ಧ್ವನಿ ದಪ್ಪವಾಗಿ ಗೊಗ್ಗರಾಗುತ್ತದೆ. ಗಂಟಲ ನೋವು ಕಿವಿಗಳಿಗೆ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ ; ಬಹುಶಃ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಉದರ ಕೋಶದ ಹಾಲ್ರಸ–ಕೋಶಿಕೆಗಳಿಗೂ ಹರಡಬಹುದಾದರಿಂದ, ಕೆಲವರಿಗೆ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆಯೂ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಬಾಯಿ ತೆರೆಸಿ ವೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಇಡೀ ಗಂಟಲಿನ ಆವರಣ ಊದಿಕೊಂಡು, ಕೆಂಪಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳೂ ಊದಿಕೊಂಡು, ಕೆಂಪಡರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ.

ಗಂಟಲ ನಡುವಿನ ದ್ವಾರದಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳು ಒಂದನ್ನೊಂದು ಸಂಧಿಸುವಷ್ಟು ದಪ್ಪನಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದೂ ಉಂಟು. ಗ್ರಂಥಿಯ ಹಾಲೆಗಳೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕ-ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ನಡುವಿನ ಅವಿಗುಳಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಮತ್ತಿತರ ಪದಾರ್ಥಗಳು ತುಂಬಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕತ್ತಿನ ಹೊರಭಾಗದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳೂ ಊದಿಕೊಂಡು ವಿಪರೀತ ಬೇನೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ನೆಗಡಿ, ಶೀತ, ಜ್ವರ ಬರುವುದು ಈ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಪೋಷಕರು ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಬೇನೆಯುಂಟಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮೊದಲು ಶಂಕಿಸಿರಲಾರರು. ಬೇನೆಯಿಂದ ಬಳಲಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುವಂತಾದಾಗಲೇ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಂದಿ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಕರೆತರುತ್ತಾರೆ. ಬಾಲ್ಯದಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಡುವ ಡಿಫ್ತೀರಿಯಾ, ವಿನ್ಸೆಂಟನ ಬೇನೆ ಮತ್ತಿತರ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಂದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಬಗೆಗೆ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಶನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ತೊಡಕುಗಳು

ಗೋಣ್ಣುರು (Quinsy) : ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ಗೆ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ, ಇಲ್ಲವೆ ನೀಡಿದ ಮದ್ದುಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣುಗಳು ಮಣಿಯದಿದ್ದಾಗಲೂ ಸಹ, ಟ್ರಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಗೂ ಉರಿಯೂತ ಪ್ರಸರಿಸುವುದುಂಟು. ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ಹೊರಪಕ್ಕದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬಿಕೊಂಡ ಬಾವು – "ಗೋಣ್ಮುರು" – ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾಗಿ ಏರಿದ ಜ್ವರ, ಮತ್ತು ನುಂಗುವಾಗ ತೀವ್ರ ಬೇನೆ ಇಲ್ಲವೆ ನುಂಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸಿ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶಕ್ತಿಯ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕು. ಆದರೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಗೋಣ್ಣುರುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಟ್ಟಾಗಲೇ ರೋಗಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕಿವಿ ಸೋರುವುದು : ಪದೇ ಪದೇ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುವ ಕೆಲವು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಿವಿ ಸೋರುವುದಕ್ಕೆ ಅದೇ ನಾಂದಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತ : ಕೆಲಸಾರಿ ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಲೈಟಿಸ್ ಉಪಶಮನವಾದಂತೆ ಕಂಡರೂ ಕತ್ತಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಬಹಳ ಸಮಯ

ಊದಿಕೊಂಡೇ ಇರುತ್ತವೆ. ದೀರ್ಘಕಾಲ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕಲ್ಲದೆ, ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಈ ಬೇನೆಯ ರೋಗ ನಿರ್ಧಾರದ ನಂತರ ಮಗುವಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ನೀರು ಮತ್ತು ದ್ರವೀಕರಿಸಿದ ಇತರ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ಬೆಚ್ಚನೆಯ ಉಪ್ಪುನೀರು, ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ದುರ್ಬಲ ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರಾವಣದಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ಮುಕ್ಕಳಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ಇದರಿಂದ ಉರಿಯೂತಕ್ಕೊಳಗಾದ ಗಂಟಲಿನ ಪ್ರದೇಶ ಶುಚಿಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಅಲ್ಲಿ ಶಾಖ ಉಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ರಕ್ತವೇರಿಕೆಯಾಗಿ ಗುಣಮುಖವಾಗಲು ಉತ್ತೇಜನ ದೊರೆತಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ಸಹಜ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯಿಂದಲೇ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸುವುದು ತಾತ್ವಿಕವಾಗಿ ಸರಿಯೆನಿಸಬಹುದಾದರೂ, ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿನಿರೋಧಕ ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರದಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವಲ್ಲಿ ವೃಥಾ ಕಾಲ ವಿಳಂಬ ಮಾಡುವುದೊಳಿತಲ್ಲ. ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮದ್ದೆನಿಸಿದೆ. ಇದರ ಪ್ರಯೋಗದಿಂದ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶಕ್ತಿಯ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಉರಿತ ನಿವಾರಕ ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಬೇರೂರಿದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ :

ಈಗಿನ ಮಕ್ಕಳು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಒಂದೆರಡು ಬಾರಿಯಾದರೂ ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಬೇನೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸದೇ ತಮ್ಮ ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಕಳೆಯುವುದು ಅಪರೂಪ. ಅವರು ದಿನನಿತ್ಯ ಕಾಲ ಕಳೆಯುವ ಶಾಲೆ, ಅಶೌಚ್ಯ ಪರಿಸರ, ವೈಯಕ್ತಿಕ ನೈರ್ಮಲ್ಯದ ಕೊರತೆ, ಕಲುಷಿತ ತಿಂಡಿ ತೀರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ – ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ನೇರವಾಗಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಸೇರುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಈಗ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿವೆ. ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮತ್ತು ಕುಗ್ಗಿದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಈ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ಬೇರೂರಿ ನೆಲೆಸಲು ಸಹಕರಿಸುತ್ತವೆ. ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಕ್ಕಳ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಹಾಗೂ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳಲ್ಲಿನ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳು ಒಂದನ್ನೊಂದು ಪರಸ್ಪರ ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ರೋಗಾಣುಗಳ ಸೋಂಕು, ಕುಂದಿದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಯ ಮಗುವಿಗೆ ತಗುಲಿದಾಗ ತೀವ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ನ ಉರಿಯೂತಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜರುಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಗುಣಮುಖವಾದಂತೆ ಕಂಡರೂ, ಹೀಗೆ ಉರಿಯೂತಕ್ಕೊಳಗಾಗುತ್ತಿರುವ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ತನ್ನ ಮೊದಲಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವುದು ಅಪರೂಪ. ಮರುಕಳಿಸಿ ಬರುತ್ತಿರುವ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಂತೆ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಮತ್ತೆ ಮತ್ತೆ ಆಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಬೇರೂರಿದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಎನ್ನಬಹುದು. ಇದನ್ನೂ ಸಹಾ ಎರಡು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

ಮೊದಲನೆಯದನ್ನು, ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳು ಅತಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆದು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವ ಊತಕ್ಕೆ (Chronic Hypertrophic Tonsills) ಹೋಲಿಸಬಹುದು. ಕೀಳು ದರ್ಜೆಯ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಇದಕ್ಕೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಿರಲೂಬಹುದು. ತೀವ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ನ ಜ್ವರ, ಗಂಟಲು ಬೇನೆ, ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಇದರಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೊಂದು ಬಿರುಸಿನಿಂದ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಟಾನ್ಸಿಲ್ಲುಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಧಿಸುವಷ್ಟು ದಪ್ಪವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ ಸಹಾ, ಅದರ ಪರಿಣಾಮದ ತೀವ್ರತೆ ಅಷ್ಟಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾಲ್ಕರಿಂದ ಹದಿನೈದು ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಈ ಬೇನೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಲೆದೋರುತ್ತದೆ. ದಡಾರ, ಡಿಫ್ತೀರಿಯಾಗಳಂಥ ದೇಹದ ರೋಗನಿರೋಧಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ತಗುಲಿದ ನಂತರ ಈ ತೆರನ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪೀಡಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಪುಷ್ಟಿಕರ ಆಹಾರ, ಮತ್ತು ಜೀವಸತ್ವಗಳನ್ನು ಸತತವಾಗಿ ಕೊಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ಜೊತೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಜೀವರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಸಮಯ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉತ್ತಮವಾಗದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

"ಕೋಶಿಕೆಗಳುರಿತದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್" (Chronic Follicular Tonsillitis ಎರಡನೆಯ ತರಹದ್ದು. ವಯಸ್ಕರಲ್ಲೇ ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಹಲವಾರು ಹಾಲೆಗಳಿಂದಾದ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತೆ ನೂರಾರು ಹಾಲ್ರಸ - ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಗುಂಪುಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉರಿಯೂತಗಳಾಗುತ್ತಿರುವಾಗ ಕೋಶಿಕೆಗಳ ಅಂತರದ ಅವಿಗುಳಿಗಳು ನಾರುಗಟ್ಟುತ್ತವೆ (Fibrosis). ರೋಗಾಣು ಮತ್ತು ಕೀವು ಅವುಗಳೊಳಗೆ ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊರ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ನಾರುಗಟ್ಟಿದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಸಹಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರಿಂದ, ನೀಡಿದ ಜೀವರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳೂ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ತಲುಪುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉರಿಗೆರಳಿ ಪದೇ ಪದೇ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಹೊರಮೈಯಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬಿದ ಅವಿಗುಳಿಗಳು ಬಿಳೀ ಚುಕ್ಕಿಗಳಂತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅವನ್ನು ಒತ್ತಿದರೆ ಕೀವಿನಂತಹ ದ್ರವ ಹೊರಗೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಬೇರೂರಿದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಬೆಚ್ಚನೆಯ ಉಪ್ಪುನೀರು ಮತ್ತು ದುರ್ಬಲ ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರಾವಣಗಳಿಂದ ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗಂಟಲನ್ನು ಮುಕ್ಕಳಿಸಿ ಆ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಶುಚಿಯಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ದೇಹವನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುವ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನಂತಹ ರೋಗಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಮದ್ದುಗಳು ಮತ್ತು ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಿಂದ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮತ್ತು ಉರಿತ ನಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಬಳಸಿ ಸೋಂಕು ಮುಂದುವರಿಯದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕು. ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಬೇರಾವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೂ ಅಡ್ಡ ಬರದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಮತ್ತು ಬೇರೂರಿದ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ವ್ಯಾಧಿಗಳು ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ಆಜುಬಾಜಿನ ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಅಲ್ಲದೆ ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳಲ್ಲೂ ತೊಡಕುಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಲ್ಲವು. ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ಗೆ ಕಾರಣವಾದ ರೋಗಾಣುಗಳು ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸಿ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ, ಹೃದಯ, ಕೈಕಾಲುಗಳ ಕೀಲುಗಳಲ್ಲಿ ಉರಿತಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದುರಿತ, ಹೃದಯ ಪರೆ ಉರಿತ, ಕೀಲುವಾತ ಜ್ವರ (Rheumatic Fever) ಮುಂತಾದವುಗಳಿಗೆ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಮೂಲ ಕಾರಣವಾಗುವುದುಂಟು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಮೊದಲ ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡು ಬರುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡಿಸುವುದೊಳಿತು.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡಲು ಇಲ್ಲವೆ ಮಾಡಿಸದಿರಲು ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಸರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ :

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡಲು ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳು

* ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಕನಿಷ್ಠ ಮೂರು ಬಾರಿಯಾದರೂ ತೀವ್ರಗತಿಯ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ ಆಗಿರುವುದು.
* ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ೫-೬ ಬಾರಿ ಗಂಟಲು ಬೇನೆ - ಬರೇ ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್‌ನಿಂದಲೇ ಆಗಿರಬೇಕಿಲ್ಲ - ಸಂಭವಿಸಿರುವುದು.
* ಈ ಎರಡ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಜೊತೆ ಕತ್ತಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದು.
* ಒಂದು ಸಾರಿಯಾದರೂ ಗೋಣ್ಕುರುವಾಗಿರುವುದು.
* ಮಧ್ಯಕಿವಿಯುರಿತ ಮತ್ತು ಪದೇ ಪದೇ ಕಿವಿ ಸೋರುವುದು.
* ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳ ಮೇಲೆ - ಕೀಲುಗಳು, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಹೃದಯ - ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗಿರುವುದು.
* ಟಾನ್ಸಿಲುಗಳು ವಿಪರೀತವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡು ನುಂಗಲು ಮತ್ತು ಉಸಿರಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಗುವುದು.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುವ ಕಾರಣಗಳು

* ತೀವ್ರ ರಕ್ತ ಹೀನತೆ
* ರಕ್ತಗರಣೆಗಟ್ಟುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ನ್ಯೂನತೆಗಳು.
* ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನೆಗಡಿ, ಶೀತ, ಕೆಮ್ಮು, ಜ್ವರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಂದ ನರಳಿದವರು.
* ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡದುರಿತ ಮುಂತಾದವು ಬೇರೂರಿದವರು.
* ಪೋಲಿಯೋ, ದಡಾರದಂತಹ ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ತಲೆದೋರಿದ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿ ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆನಿಸಿದ್ದರೂ, ಕೆಲಸಾರಿ ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಣಿತ ವೈದ್ಯರಿಂದ ನಡೆಸುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವವರಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಎಳೆಂಬು ವಯುಸ್ಸಿನವರಾದುದರಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆ ಬಳಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹರಯದ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳ ಸುತ್ತ ಸ್ಥಳೀಯ

ಅರಿವಳಿಕೆ ಮದ್ದನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮಾಡಿದರೆ ಹೆಚ್ಚು ನೋವಾಗದಂತೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಗೊಳಗಾಗುವವರನ್ನು ಹಿಂದಿನ ದಿನವೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿ ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಗರಣೆಗಟ್ಟುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ಬಗೆಗೂ ಶೋಧನೆ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞರೂ ಹಿಂದಿನ ದಿನವೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಬಳಸಬಹುದಾದ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ವಿಧಾನದ ಬಗೆಗೂ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಸಂಪೂರ್ಣ ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಗಾದ ರೋಗಿಯ ಬಾಯಿಯನ್ನು ತೆರೆಸಿ ಅದು ಹಾಗೇ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರಲು "ಬಾಯಿ ತೆರಕ" ಉಪಕರಣವೊಂದನ್ನು ಅಳವಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಉದ್ದನೆಯ ಇಕ್ಕಳದಿಂದ ಒಂದು ಕಡೆಯ ಟಾನ್ಸಿಲನ್ನು ಹಿಡಿದೆಳೆದು ಅದರ ತಳದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಆರಂಭಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಅದರ ಸುತ್ತಲ ಹಿಡಿತಗಳನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕೊಯ್ದು, ಬಿಡಿಸಿ, ಟಾನ್ಸಿಲನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ತಳದಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ, ರಕ್ತನಾಳವನ್ನು ಇಕ್ಕಳದಿಂದ ಹಿಡಿದು, ದಾರದಿಂದ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟುತ್ತಾರೆ. ಎರಡೂ ಕಡೆಯ ಟಾನ್ಸಿಲುಗಳನ್ನು ಇದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ನಂತರ, ರಕ್ತಸ್ರಾವ ನಿಂತಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡು, ಬಾಯಿ ತೆರಕವನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದು, ಬಾಯಿ ಮುಚ್ಚುತ್ತಾರೆ.

ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್

ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲೂ ಅದೇ ರೀತಿಯಾಗುವುದುಂಟು. ಅವುಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಾಗ ಉಸಿರಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಗುವುದರಿಂದ ಬಾಯಿ ಮೂಲಕ ಉಸಿರಾಡುವುದು, ರಾತ್ರಿ ಕೆಮ್ಮುವುದು, ಗೊರಕೆ ಹೊಡೆಯುವುದು, ಧ್ವನಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ, ತಲೆನೋವು, ಕಿವಿ ನೋವು, ಮುಂತಾದ ತೊಂದರೆಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದಲೇ ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡುವಾಗಲೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುತ್ತಾರೆ.

ನೇರವಾಗಿ ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗೋಚರಿಸಿದ ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಬಾಗಿದ ಉಪಕರಣಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ಕನ್ನಡಿಯಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದು. ಇನ್ನೊಂದು ವಿಶಿಷ್ಟ

ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಾಗಿದ ಉಪಕರಣವನ್ನು ಅವಿರುವ ಜಾಗಕ್ಕೆ ತೂರಿಸಿ, ಅವುಗಳನ್ನು ಹೆರೆದು (Curettage) ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಆಗ ಜರುಗಬಹುದಾದ ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಒತ್ತಡ ಉಂಟುಮಾಡುವುದರಿಂದ ಹತೋಟಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಆರೈಕೆ

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಯ ನಂತರ ವಾರ್ಡಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುವ ರೋಗಿ ಪೂರ್ತಿ ಎಚ್ಚರವಾಗುವವರೆಗೆ ತೀವ್ರ ಆಸಕ್ತಿಯಿಂದ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಏರ್ಪಾಡು ಇರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಬಗೆಗೆ ತೀವ್ರ ಕಾಳಜಿಯಿಂದ ವೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮತ್ತು ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಸಂಭವವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಹಾಗೂ ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆಮಾಡಲು ಕತ್ತಿನ ಸುತ್ತ ಮಂಜುಗಡ್ಡೆಯ ಚೀಲವನ್ನಿರಿಸುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಿ ಪೂರ್ಣ ಎಚ್ಚರಗೊಂಡ ಮೇಲೆ ಐಸ್‌ಕ್ರೀಂ ನಂತಹ ತಂಪಾದ ಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಯ ನಂತರ ಕೆಲಸಾರಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ (Reactionary) ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಆಗಬಹುದು. ಗಾಯದಿಂದ ಹೊರಬಂದ ರಕ್ತದ ಬಹುಪಾಲು ಜಠರ ಅಥವಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ಇಳಿದು ಹೋಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಸೋರಿ ಹೋದ ರಕ್ತದ ಅಂದಾಜು ಸಿಗುವುದು ಕಷ್ಟ. ಅದರಿಂದ ರೋಗಿಯ ಬಾಯಿ ತೆರೆಸಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ವೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ರಕ್ತಗರಣೆಗಟ್ಟಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುವ ಮದ್ದುಗಳು, ಕತ್ತಿನ ಸುತ್ತ ಮಂಜುಗಡ್ಡೆ ಇಡುವುದೇ ಮುಂತಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಹತೋಟಿಗೆ ಬರದಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ದು ರಕ್ತನಾಳವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಕಟ್ಟಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಪೂರೈಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರವೂ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವ (Secondary) ಆಗುವುದುಂಟು. ಟಾನ್ಸಿಲ್ ತೆಗೆದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಮುಂದುವರಿಯುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಕಟ್ಟಿದ ದಾರ ಸಡಿಲವಾಗುವುದೇ ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೀಗಾಗುಬಹುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಕೂಡಲೆ ಮಲಗಿಸಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳ ನೀಡಿಕೆ, ಮಂಜುಗಡ್ಡೆಗಳನ್ನಿಡುವಿಕೆ, ಗರಣೆಗಟ್ಟುವ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಮುಂತಾದ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಈ ಕ್ರಮಗಳಿಗೂ

ಮಣಿಯದಿದ್ದರೆ ರಕ್ತನಾಳವನ್ನು ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಗೊಳಗಾದವರಿಗೆ ಮೊದಲ ಎರಡು–ಮೂರು ದಿನಗಳು ತಣ್ಣನೆಯ ದ್ರವಾಹಾರ–ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ನೀಡಬಹುದು. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ದಿನಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಿರುಸಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಬಾರದು. ಮಕ್ಕಳು ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರ ಶಾಲೆಗೆ ಹೋಗಬಹುದು. ವಯಸ್ಕರು ತಮ್ಮ ಎಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಲು ಎರಡು ವಾರಗಳೇ ಹಿಡಿಯಬಹುದು.

ಟಾನ್ಸಿಲ್‌ಗಳನ್ನು ವಾಡಿಕೆಯಂತೆ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಬಗೆಗೆ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಿಂದ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ರಕ್ಷಣೆ ದೊರೆಯುವ ಬಗೆಗೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನಗಳಿವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಟಾನ್ಸಿಲೆಕ್ಟಮಿಗೆ ನಿಖರವಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳು ಇಲ್ಲವೆಂದರೂ ಸರಿಯೆ. ಅದು ತೀರಾ ಸರಳ. ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರ ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಲುವಾಗಿ ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಅವಹೇಳನೆಯೂ ಇದೆ. ಆದರೂ ಅದರ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಯಮದಿಂದ ವರ್ತಿಸುವುದೊಳಿತು.

* * * *

೮. ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸಿಕ್ಕಿದಾಗ ....

ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡು ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ಸಾಯುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿವೆ ಎಂಬ ವರದಿಗಳಿವೆ. ಎಲ್ಲಾ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರ ಸರಣಿಯಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಸಾವಿಗೆ ಆರನೇ ಸ್ಥಾನ. ವಿಮಾನಾಪಘಾತ ಮತ್ತು ಗುಂಡೇಟುಗಳಿಂದ ಸಾಯುವವರಿಗಿಂತಲೂ ಜಾಸ್ತಿಯಂತೆ ! ಅಮೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ೧೯೭೪ರಲ್ಲಿ ಸತ್ತವರ ಸಂಖ್ಯೆ ೨೯೦೦ಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಒಂದು ವರದಿ ತಿಳಿಸುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲೂ ಇಂತಹ ಸಾವುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಕಡಿಮೆ ಇರಲಾರದು. ಇಂತಹ ಘಟನೆಗಳು ಪತ್ರಿಕೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ವಿರಳ. ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಸಂಭವಿಸುವ ಇಂತಹ ಸಾವನ್ನು ಹೃದಯಾಘಾತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮರಣೋತ್ತರ ಶವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನಡೆಯದೆ, ಈ ತರಹೆಯ ಸಾವುಗಳ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಭಾರತದ ಹಿರಿಯ ಅಧಿಕಾರಿಯೊಬ್ಬರು ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಜಪಾನಿನ ಭೋಜನಕೂಟವೊಂದರಲ್ಲಿ ಕುಸಿದುಬಿದ್ದು ಅಸು ನೀಗಿದರು; ಅಲ್ಲಿ ಶವ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದ್ದರಿಂದ, ಅವರ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ತುಣುಕು ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದು, ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದು ಸಾಬೀತಾಯಿತು. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಶಾಲಾ ಮಕ್ಕಳ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ "ಅಗಿಯುವ ಅಂಟು" (ಚ್ಯೂಯಿಂಗ್ ಗಮ್) ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡು ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿ ಸಾಯುತ್ತಿರುವ ವರದಿಗಳವೆ.

ಊಟ ಮಾಡುವಾಗ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಸಿಕ್ಕಿ ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿದಂತಾದರೆ, ತಲೆ, ಅಥವಾ ಬೆನ್ನಿನ ಮೇಲೆ ಒಂದೆರಡು ಗುದ್ದು ಕೊಡುವುದು ಸಂಪ್ರದಾಯವಾಗಿ ಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಬಾಯಿಯೊಳಕ್ಕೆ ಕೈತೂರಿಸಿ ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದ ಪ್ರಸಂಗಗಳು ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಶ್ವಾಸನಾಳದಲ್ಲಿ ಪದಾರ್ಥ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿದ್ದಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ಸಫಲವಾಗಲಾರವು. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಕತ್ತಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಿ, ಶ್ವಾಸನಾಳವನ್ನು ತೆರೆದು, ಸಿಕ್ಕಿ ಕೊಂಡಿರುವ ವಸ್ತುವನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೇವಲ ೪–೫ ನಿಮಿಷಗಳೊಳಗೇ

ಜರುಗದಿದ್ದರೆ, ರೋಗಿ ಸಾಯಬಹುದು. ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹೀಗಾದ ಸಂದರ್ಭದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವೇ ಸರಿ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಖ್ಯಾತ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯ ಡಾ॥ ಹೆನ್ರಿ ಹೈಮಲಿಚ್ ನಿರೂಪಿಸಿದ ಕೈಚಳಕ (Heimlich's Manoeuver) ಈಗ್ಗೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡುತ್ತಿದೆ.

ಉಸಿರು ಕಟ್ಟುವ ರೀತಿ.

ಶ್ವಾಸನಾಳ ಮತ್ತು ಅನ್ನನಾಳಗಳು ಬಾಯಿಯ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಒಂದರ ಹಿಂದೆ ಇನ್ನೊಂದು ನೆಲೆಯಾಗಿವೆ. ಅವೆರಡರ ನಡುವೆ ಎಲೆಯಾಕಾರದ "ಕಿರುನಾಲಿಗೆ"(Epiglottis) ಯೊಂದಿದೆ. ನೀರು ಮತ್ತಿತರ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ನುಂಗುವಾಗ, ಅವು ಶ್ವಾಸನಾಳದೊಳಗೆ ಹೋಗದಂತೆ ಅದು ತಡೆಯುತ್ತದ (ಬಾಯಿಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಅಂಗಕ್ಕೆ (Uvula) ಕಿರುನಾಲಿಗೆಯೆಂಬ ಹೆಸರು ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರುವುದಾದರೂ, ಎಪಿಗ್ಲಾಟಿಸ್‌ಗೇ ಕಿರುನಾಲಿಗೆ ಎಂಬ ಹೆಸರೂ ಸಮಂಜಸವೆನಿಸಿದ್ದರಿಂದ ಅದನ್ನೇ ಇಲ್ಲಿ ಕಿರು-ನಾಲಿಗೆ ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗಿದೆ).

ನಾವು ಊಟ ಮಾಡುವಾಗ, ನೀರು ಕುಡಿಯುವಾಗ ಮತ್ತು ಮಾತನಾಡುವಾಗ ಕಿರು ನಾಲಿಗೆಯ ತಡೆಯುವ ಕಾರ್ಯ ಅವ್ಯಾಹತವಾಗಿ ನಮಗರಿವಿಲ್ಲದಂತೆ ನಡೆಯುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಅವಸರದಿಂದ ಊಟ ಮಾಡುವಾಗ, ಊಟದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಿರುಸಿನ ವಾಗ್ವಾದಗಳಲ್ಲಿ ನಿರತರಾದಾಗ, ಇಲ್ಲವೆ ಮದ್ಯ ಮತ್ತಿತರ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ/ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಮನಸ್ಸು ಮಂಕಾಗಿರುವಾಗ ಕಿರುನಾಲಿಗೆಯ ತಡೆಯುವ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಫಲತೆಯಾಗಬಹುದು. ಇಂಥಾ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕಿರು ನಾಲಿಗೆಯ ಕಾರ್ಯ ಕುಶಲತೆಯ ಚಾಕಚಕ್ಯತೆಗೆ ಗಲಿಬಿಲಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ನುಂಗುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸನಾಳವನ್ನು ಮುಚ್ಚಬೇಕಾದ ಕಿರುನಾಲಗೆ ತನ್ನ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅನ್ನನಾಳದ ಕಡೆ ಚಲಿಸಬೇಕಾದ ಆಹಾರದ ತುಣುಕುಗಳು ಶ್ವಾಸನಾಳದ ದ್ವಾರದ ಕಡೆ ಜಾರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಶ್ವಾಸನಾಳದೊಳಗೆ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ದೊಡ್ಡವಾಗಿದ್ದರೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳೊಳಗೆ ಗಾಳಿ ಪ್ರವೇಶವಾಗದಂತಾಗಿ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸನಾಳದ ದ್ವಾರಕ್ಕಿಂತಲೂ ಕಿರಿದಾದವಾಗದ್ದರೆ, ರೋಗಿ ಬಿರುಸಾಗಿ ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಹೊರಗೆ ದೂಡಲ್ಪಡುತ್ತವೆ.

ದೊಡ್ಡ ತುಣುಕುಗಳು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗ ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಮಾತನಾಡಲೂ ಸಹ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ತನಗೇನಾಗಿದೆ ಎಂಬುದನ್ನು ಹೇಳಲಾಗದೆ, ರೋಗಿ ಗಾಬರಿಯಿಂದ ಅತ್ತಿತ್ತ ಓಡಾಡಿ, ಗಂಟಲ ಕಡೆ ಕೈಸನ್ನೆ ಮಾಡಿ ತೋರಿಸಬಹುದು. ಮೊದಲೇ ತಲ್ಲಣಧಿಂದ ಬಿಳುಚಿದ ಮುಖ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತದೆ. ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡ ತುಣುಕು ೩-೪ ನಿಮಿಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೊರಗೆ ಬರದಿದ್ದರೆ ವ್ಯಕ್ತಿ ಅಲ್ಲೇ ಕುಸಿದು ಬಿದ್ದು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಅಸುನೀಗಬಹುದು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವಿರದವರು ಇದನ್ನೇ ಹೃದಯಾಘಾತವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವುದುಂಟು. ಆದರೆ ನಿಜವಾಗಿಯೂ ಹೃದಯಾಘಾತವಾದವರಿಗೆ ಎದೆಯಲ್ಲಿ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ನೋವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ; ನೋವಿನಿಂದ ಬಿದ್ದು ಬಿದ್ದು ಒದ್ದಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ಅವರಿಗೆ ಉಸಿರಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ, ಮಾತನಾಡುವುದಕ್ಕಾಗಲೀ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂಥ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ವೀಕ್ಷಿಸಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡವರಿಗೆ ಈ ಎರಡು ತೆರನ ಆಘಾತಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗದು. ಎರಡೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ವಿಧದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗಬೇಕಾದುದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ.

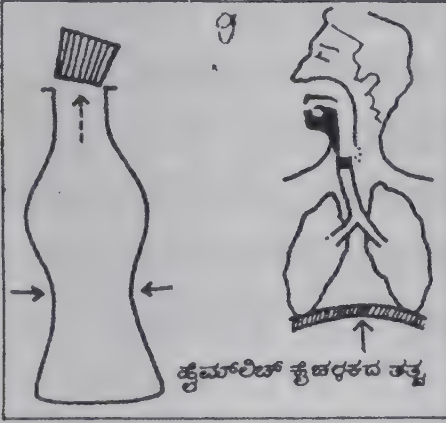
ಮಾಂಸದ ತುಂಡುಗಳು, ತರಕಾರಿ ಮತ್ತು ಹಣ್ಣಿನ ಚೂರುಗಳು, ಬೀಜಗಳು, ಔಷಧದ ಗುಳಿಗೆಗಳು, ಐಸ್‌ಕ್ಯಾಂಡಿ, ಅಗಿಯುವ ಅಂಟು - ಮುಂತಾದವೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು. ಊಟ ಮಾಡುವಾಗ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅಗಿದು, ಅವಸರವಿಲ್ಲದೆ, ಸಾವಧಾನ ಚಿತ್ತರಾಗಿ ವರ್ತಿಸುವುದರಿಂದ ಇಂತಹ ಅನಾಹುತಗಳನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬಹುದು.

ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈ ಚಳಕ

ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈ ಚಳಕದ ತತ್ವ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸನಾಳಗಳ ಘಟಕವನ್ನು ಗಾಳಿತುಂಬಿದ ಬಲೂನು ಅಥವಾ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಬಾಟಲಿಯ ಬಾಯಿಗೆ ರಬ್ಬರ್ ಬಿರಡೆ ಹಾಕಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ಶ್ವಾಸನಾಳದಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ತುಣುಕು ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೯) ಬಲೂನು ಅಥವಾ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಬಾಟಲಿನ ತಳಭಾಗವನ್ನು ಬಲವಾಗಿ ಅಮುಕಿದಾಗ ಬಿರಡೆ ತಂತಾನೆ ಪುಟಿದು ಹೊರಬೀಳುವಂತೆ, ರೋಗಿಯ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಬಲವಾಗಿ ಮುಷ್ಟಿಯಿಂದ ಮೇಲ್ಗಡೆ ನೂಕುವುದರಿಂದ ಶ್ವಾಸನಾಳದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡ

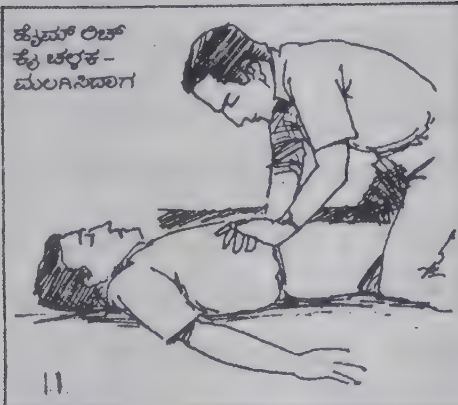
ತುಣುಕು ಸಹ ಜಿಗಿದು ಹೊರ ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕೊಟ್ಟ ಒತ್ತಡ ವಪೆಯ ಮೂಲಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸನಾಳಗಳಲ್ಲಿನ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಮೇಲೆ ತಳ್ಳಿ ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಪದಾರ್ಥ ಹೊರಕ್ಕೆ ಚಿಮ್ಮುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಆಹಾರದ ತುಣುಕು ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿ ಕೊಂಡವನು ನಿಂತುಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಕೈಚಳಕ ಮಾಡುವವನು ಅವನ ಹಿಂದುಗಡೆ ನಿಂತುಕೊಳ್ಳಬೇಕು; ತನ್ನ ಎರಡೂ ಕೈಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಸೊಂಟದ ಸುತ್ತಲೂ ಬಳಸಿ ಒಂದು ಕೈಯ ಮುಷ್ಟಿಯನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ (ಹೊಕ್ಕಳದ ಮೇಲ್ಭಾಗ) ಇರಿಸಿ, ಇನ್ನೊಂದು





ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈ ಚಳಕ - ನಿಂತುಕೊಂಡಾಗ



ಕೈಯಿಂದ ಮೊದಲಿನ ಕೈಯ ಮುಷ್ಟಿಯನ್ನು ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಕಡೆ (ಎದೆಯ ಕಡೆ) ಅತ್ಯಂತ ರಭಸದಿಂದ ನೂಕಬೇಕು. (ಚಿತ್ರ ೧೦) ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡ ತುಣುಕು ಹೊರಬರಲು ನಾಲ್ಕಾರು ಸಾರಿ ಅಮುಕ ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ಕುರ್ಚಿಯಲ್ಲಿ ಕುಳಿತು ಕೊಂಡಿರುವಾಗಲೂ ಇದೇ ರೀತಿ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅವನು ನೆಲದ ಮೇಲೆ ಬಿದ್ದು ಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಕೈ ಚಳಕ ಮಾಡುವವನು ರೋಗಿಯ ದೇಹದ ಎರಡೂ ಪಕ್ಕಗಳಲ್ಲಿ ತನ್ನೆರಡು ಕಾಲುಗಳನ್ನು ಹಿಗ್ಗಿಸಿ ನಿಂತು, ಮುಂದಕ್ಕೆ ಬಾಗಿ ಒಂದು ಕೈಯ-ಹಿಮ್ಮಡಿಯನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರಿಸಿ, ಇನ್ನೊಂದು ಕೈಯಿಂದ ಒತ್ತಡವು ಮೇಲಗಡೆ ಹಾಗೂ ಹಿಂಭಾಗದ ಕಡೆ ಹೋಗುವಂತೆ ರಭಸದಿಂದ ನೂಕಬೇಕು. ನೆಲದ ಮೇಲೆ ಕುಳಿತು ಊಟ ಮಾಡುವವರಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯಾದರೆ, ಅವನನ್ನು ತಕ್ಷಣ ಮಲಗಿಸಿ ಮೇಲಿನಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೧೧)

ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈ ಚಳಕ ಮಾಡುವಾಗ ವಾಂತಿಯಾದ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಗಂಟಲಿಗೆ ಬಂದು ಸೇರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಅವನ್ನು ಪದೇ ಪದೇ ಬಾಯಿಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದು ಕೈಚಳಕ ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು.

ಫಲಿತಾಂಶಗಳು

ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈಚಳಕದ ವಿಧಾನವನ್ನು ಮೊದಲು ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ವರ್ಷವೆ (೧೯೭೪) ೧೬೨ ಜನರಲ್ಲಿ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿದವರನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಕೈಚಳಕದ ಪ್ರಯೋಗ ೨೧ ಜನ ವೈದ್ಯರಿಂದಾದರೆ, ೭೫ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿದ್ದ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರೇ ಜರುಗಿಸಿದ್ದರು. ಇನ್ನುಳಿದವರು ತಾವೇ ಸ್ವತಃ ಕೈಚಳಕ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಅಪಾಯದಿಂದ ಪಾರಾಗಿದ್ದರು. ಈ ನಿದರ್ಶನಗಳು ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈಚಳಕದ ದಕ್ಷತೆ ಮತ್ತು ಉಪಯುಕ್ತತೆಗಳ ಜೀವಂತ ಸಾಕ್ಷಿಯಾಗಿವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರೂ ತಿಳಿದು ಕೊಂಡಿರಬೇಕು. ಪ್ರಥಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ತರಗತಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಹೇಳಿಕೊಡಬೇಕು. ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸಿಕ್ಕಿದಾಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮಾತನಾಡಲಾಗದುದರಿಂದ ಅವನು ಕುತ್ತಿಗೆ ಮೇಲೆ ಕೈ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವ ಚಿಹ್ನೆ – "ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಚಿಹ್ನೆ" ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಗೊತ್ತಿರಬೇಕು. ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೈಮ್‌ಲಿಚ್ ಕೈಚಳಕ ಮನೆಮಾತಾಗಿದ್ದು ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸಾವಿರಾರು ಜನರನ್ನು ಇಂಥಾ ಅಕಾಲಿಕ ಸಾವುಗಳಿಂದ ಪಾರುಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

* * * *

೯. ಗಾಯ್ಟರ್

ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆ, ರಕ್ತ ಪರಿಚಲನೆ, ಉಸಿರಾಟ, ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮುಂತಾದ ಕಾರ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವ್ಯವಸ್ಥಿತ ಅಂಗಗಳ ಜಾಲಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡಲು ಜೊಲ್ಲು ಸುರಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಯಕೃತ್ತು, ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ಮುಂತಾದವುಗಳಿವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ರಸಗಳನ್ನು ಸಾಗಿಸಲು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾದ ನಾಳಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಲ್ಲದೆ ದೇಹದ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಇನ್ನೊಂದು ತರಹೆಯ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಜಾಲವೇ ಇದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ರಸಗಳನ್ನು ಸಾಗಿಸಲು ನಾಳಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಲ್ಲಿಯ ರಸಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡು ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳನ್ನೂ ತಲುಪುತ್ತವೆ. "ನಿರ್ನಾಳ" ಗ್ರಂಥಿಗಳೆಂದು ಹೆಸರಾಗಿರುವ, ಕಂಡೂ ಕಾಣದಂತಿರುವ ಈ ಅವಯವಗಳು ಶರೀರದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣ, ಬೌದ್ಧಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಲೈಂಗಿಕ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಮುಂತಾದ ಹಲವಾರು ಜೀವಾಳ ಸದೃಶ ಕಾರ್ಯಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯ ಕೀಲಿಕೈಗಳಾಗಿವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಇರುವು ನಮ್ಮ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರಲಾರದು. ಆದರೆ ಅವುಗಳಿಂದ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ರಸದೂತ ಅಥವಾ ಚೋದನಿಗಳ (ಹಾರ್ಮೋನು) ಕೊರತೆ ಇಲ್ಲವೆ ಅತಿವರ್ತನೆಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ತೊಡಕು ಬೃಹದಾಕಾರವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ ; ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವನವನ್ನೇ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳಿನ ತಳಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಪಿಟ್ಯುಟರಿ, ಕತ್ತಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಥೈರಾಯಿಡ್, ಅದರ ಹಿಂದೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಪ್ಯಾರಾ-ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗಳು, ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿರುವ ಅಡ್ರೀನಲ್ಸ್, ಮುಂತಾದವು ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರುತ್ತವೆ.

ಕತ್ತಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ ನಮ್ಮ ಸರ್ವತೋಮುಖ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅದರ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾದಾಗ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕೆಲವು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ನೆರವು ಅವಶ್ಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ಕತ್ತಿನ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ದನಿಪೆಟ್ಟಿಗೆಯ ಕೆಳಗಡೆ ಉಸಿರುನಾಳದ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ಹರಡಿಕೊಂಡು ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ ನೆಲೆಯಾಗಿದೆ. ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅದು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ ; ಕೈಗೆಟಕುವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ೧೫–೨೦ ಗ್ರಾಂ ತೂಕದಷ್ಟಿರುವ ಎಳೆಗೆಂಪು ಬಣ್ಣದ ಮಾಂಸದ ಮುದ್ದೆಯಂತಿದೆ ಥೈರಾಯಿಡ್. ಉಸಿರುನಾಳದ ಎರಡು ಪಕ್ಕಗಳಿಗೆ ಅದರ ಎರಡು ಹಾಲೆಗಳು ಅಂಟಿಕೊಂಡಿವೆ. ನಡುವೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಕೂಡಿಸುವ ಕಿರಿದಾದ ಸಂಪರ್ಕವೂ ಇದೆ. ಈ ತರಹೆಯ ಆಕಾರ ಚಿಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ಗುರಾಣಿಯನ್ನು ಹೋಲುವುದರಿಂದ ಅದನ್ನು "ಗುರಾಣಿಕ" ಗ್ರಂಥಿ ಎನ್ನುವುದುಂಟು. ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗೆ ಯಥೇಚ್ಛವಾದ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆ.

ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಪ್ರಮುಖ ಚೋದನಿಗೆ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಎಂದು ಹೆಸರು. ಅದು ಸ್ರವಿಸುವ ಹಂತಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿ ಅದರಲ್ಲೇ ೩–೪ ಬಗೆಯ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್, ದೇಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣ, ಲೈಂಗಿಕ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮುಂತಾದ ಹಲವು ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್ ಎಂಬ ರಾಸಾಯನಿಕವಿರದಿದ್ದರೆ, ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನಿಂದ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಭೂಮಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಯೋಡೀನ್ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗಿರುತ್ತದೆ; ತರಕಾರಿ, ಮಾಂಸ, ಮೀನುಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಸೇವಿಸುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್‌ನ ಕೊರತೆ ಇದ್ದಾಗ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್‌ನ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಪಿಟ್ಯುಟರಿ ಗುರುತಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಮಿದುಳಿನ ಇನ್ನೊಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಹೈಪೋಥಾಲಾಮಸ್‌ನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸಿ, "ಥೈರಾಯಿಡ್ ಪ್ರಚೋದಕ ರಸದೂತ" – ಟಿ.ಎಫ್.ಆರ್ – ಸ್ರವಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದರೂ ಟಿ.ಎಫ್.ಆರ್.ನ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಲ್ಲದೆ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಉತ್ಪಾದನೆ ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗಾದರೂ ಇರದಿದ್ದರೆ ಟಿ.ಎಫ್.ಆರ್. ಚೋದನಿಯ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ ! ಅವೆರಡರ ಕಾರ್ಯಚರಣೆಗೆ

ಹೀಗೊಂದು ವಿಲೋಮ ಸಂಬಂಧವಿದೆ. ಅಯೋಡೀನ್ ಕೊರತೆ ಇದ್ದಾಗಲೂ ಟಿ.ಎಫ್.ಆರ್. ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್‌ನನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುವಂತೆ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಚೋದನೆಗೆ ಸ್ಪಂದಿಸಲು ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಜೀವಕೋಶಗಳು ದ್ವಿಗುಣ, ತ್ರಿಗುಣವಾಗಿ ಹಿರಿದಾಗುವುದರ ಮೂಲಕ ಸಜ್ಜಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಅಯೋಡೀನ್ ಕೊರತೆಯಿರುವುದರಿಂದ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದ್ದರಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಮಾತ್ರ ಊದಿಕೊಂಡು ತನ್ನ ಇರುವನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೇ "ಗಾಯ್ಟರ್" ಅಥವಾ "ಗಳಗಂಡ" ರೋಗವೆನ್ನುತ್ತೇವೆ. ಅಯೋಡೀನ್ ಕೊರತೆಯೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಕೆಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತೆಯುಂಟಾದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಸ್ರವಿಸುವುದರಿಂದಲೂ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಊದಿಕೊಂಡು ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದುಂಟು.

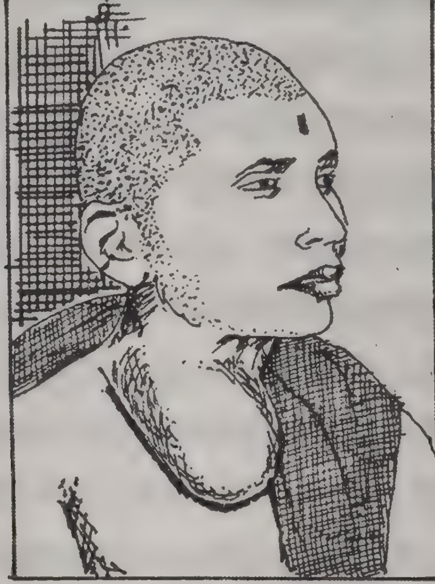
ಬಾಲ್ಯಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್ ಕೊರತೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ಮಕ್ಕಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಕುಂಠಿತವಾಗಿ, ಹೆಡ್ಡಗುಜ್ಜರಾಗುತ್ತಾರೆ (Cretin) ; ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಅದರ ಕೊರತೆಯಾದರೆ ಮೈಕೈ ಊದಿಕೊಂಡು ಮಂದ ಬುದ್ಧಿಯ 'ಮಿಕ್ಸಿಡೀಮಾ' (ಲೋಳುಬ್ಬರ) ಎಂಬ ಪರಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತಗೊಂಡು ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಹೆಚ್ಚು ಉತ್ಪಾದನೆಯಾದಾಗಲೂ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಊದಿಕೊಂಡು "ವಿಷಮ-ಗಾಯ್ಟರ್" (Toxic Goitre) ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ದೇಹದ ಬಹುಪಾಲು ಕಾರ್ಯಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಸೂತ್ರಧಾರಿಯಂತಿರುವ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಚೋದನಿಯ ಉತ್ಪಾದನೆ ದಿನ ಒಂದಕ್ಕೆ ಕೇವಲ ೧೦೦-೨೦೦ ಮೈಕ್ರೊ ಗ್ರಾಂ (M=೦.೦೦೦೦೦೧, ಮಿಲಿಯನ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಂದು ಭಾಗ). ಕೇವಲ ಒಂದು ಗೋಧಿ ಕಾಳಿನಷ್ಟು ಅಯೋಡೀನ್ ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆ!

ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತಗಳು (ಚಿತ್ರ ೧೨)

ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಎಲ್ಲಾ ತೆರನ ಊತಗಳನ್ನು ಸಾರಾಸಗಟಾಗಿ "ಗಾಯ್ಟರ್" (ಗಳಗಂಡ) ಎದು ಕರೆಯುಲಾಗುತ್ತದೆ. ಥೈರಾಯಿಡ್ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಎರಡು ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಸೇವಿಸುವ ನೀರು ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್‌ನ ಕೊರತೆ ಇರುವುದು ಒಂದು ಕಾರಣವಾದರೆ, ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಾಗುವ ಕೆಲವು ಜೈವಿಕ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಂದ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್‌ನ ಬೇಡಿಕೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುವುದು ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ

ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಉರಿಊತ ಉಂಟಾದಾಗ, ಹಾಗೂ ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಲೆದೋರಿದಾಗಲೂ ಅದು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.



ಚಿತ್ರ ೧೨. ಗಾಯ್ಟರ್

ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಸುಮಾರು ಇಪ್ಪತ್ತು ಕೋಟಿ ಜನರು ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಯುನಿಸೇಫ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಭಾರತದಲ್ಲೇ ಸುಮಾರು ಇನ್ನೂರು ದಶಲಕ್ಷ ಜನರು ಗಾಯ್ಟರ್‌ನಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ ; ಅಯೋಡೀನ್ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸುಮಾರು ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಶಿಶುಗಳು ಸಾಯುತ್ತಿವೆ.

ಭೂಮಿಯ ಮೇಲ್ಪದರ ಮಣ್ಣಿನಲ್ಲೇ ಅಯೋಡೀನ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪರ್ವತ ಶ್ರೇಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಬೀಳುವ ಮಳೆಯಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಹರಿದು ಹೋಗುವ ನೀರು ಮೇಲ್ಪದರವನ್ನೂ ಕೊಚ್ಚಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಇಂಥಾ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಮಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಅಯೋಡೀನ್ ಅಂಶ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಲೇ ಪರ್ವತ ಪ್ರದೇಶಗಳ ತಪ್ಪಲು, ಕಣಿವೆಗಳು, ನದಿಗಳು ಮತ್ತು ಸರೋವರಗಳ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನ ಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಫೆಸಿಫಿಕ್ ತೀರ ಪ್ರದೇಶ, ಮಿಸಿಸಿಪ್ಪೀ ಕಣಿವೆ, ಯುರೋಪಿನ ಆಲ್ಫ್ ಪರ್ವತ ಪ್ರದೇಶ, ಬ್ರಿಟನ್, ಜರ್ಮನಿ, ಆಸ್ಟ್ರಿಯಾ ದೇಶಗಳ ಕೆಲವು ಸೀಮಿತ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ಪೂರ್ವ ಭಾರತದುದ್ದಕ್ಕೂ

"ಗಾಯ್ಟರ್ ಪಟ್ಟಿ" (Goitre Blet) ಹರಡಿಕೊಂಡಿದೆ. ಕಾಶ್ಮೀರ, ಹಿಮಾಚಲ ಪ್ರದೇಶ, ಹರಿಯಾಣ, ಪಂಜಾಬ್, ಉತ್ತರ ಪ್ರದೇಶ, ಮೂಲಕ ಈ ಪಟ್ಟಿ ಪ್ರವಹಿಸಿ, ಬಂಗಾಳ ಮತ್ತು ಈಶಾನ್ಯ ಭಾರತದ ಎಲ್ಲಾ ರಾಜ್ಯಗಳನ್ನೂ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣದಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ಪಶ್ಚಿಮ ಘಟ್ಟ, ಮಲೆನಾಡು ಪ್ರದೇಶ, ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರದ ಔರಂಗಾಬಾದ್ ಜಿಲ್ಲೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಿಗುತ್ತವೆ. ಗಾಯ್ಟರ್ ಪಟ್ಟಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಶೇ. ೩೦–೬೦ ರಷ್ಟು ಜನರು ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ವಿಧದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ.

ಸಮುದ್ರದ ನೀರು, ಮೀನು, ಉಪ್ಪು ಮತ್ತಿತರ ಸಮುದ್ರದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಸುವವರಲ್ಲಿ ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅತಿ ವಿರಳ. ಸಮುದ್ರದ ಕಡೆಯಿಂದ ಬೀಸುವ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಅಯೋಡೀನ್‌ನ ಅಂಶವಿರುತ್ತದೆ ; ಸಮುದ್ರ ತೀರದಿಂದ ೫೦ ಮೈಲು ದೂರದವರೆಗೆ ವಾಸಿಸುವವರಲ್ಲೂ ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಕಡಿಮೆ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಒಳನಾಡಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಸಮುದ್ರದ ಮೀನು ವಿತರಿಸುವ ವಾಹನ ವಾರಕ್ಕೊಂದಾವರ್ತಿಯಾದರೂ ಭೇಟಿ ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದ್ದರೆ, ಅಲ್ಲಿ ಗಾಯ್ಟರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ! ಜನರು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಉಪ್ಪು ಅಥವಾ ನೀರನ್ನು ಅಯೋಡೀಕರಿಸುವುದರಿಂದ (Iodised Salt or Water) ಗಾಯ್ಟರ್ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ತಲೆಯೆತ್ತದಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಸರಳ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್

ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ ಊದಿಕೊಂಡಿದ್ದರೂ, ಅದರಿಂದ ಹೃದಯ, ನರಮಂಡಲ ಮುಂತಾದವಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗದಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸರಳ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್ ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜೀವನದ ವಿವಿಧ ಮಜಲು ಅಥವಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುಬಹುದಾದ ಈ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಹೆಸರುಗಳಿಂದ ಕರೆಯುವುದು ವಾಡಿಕೆ. ಇಂಥಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು ; ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಒಂದೇ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು ; ಇಲ್ಲವೆ, ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ

ಹಲವಾರು ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಹುಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರ ಬಹುದು.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಾಯ್ಟರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಾಗಿರುವವರನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಬೆಳವಣಿಗೆ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಹದಿ ಹರೆಯದ ಯುವತಿಯರು ಮತ್ತು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ವ್ಯಾಧಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಆದರೂ ಪುರುಷರಲ್ಲಾಗಲೀ, ವಯಸ್ಸಾದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಾಗಲೀ ಈ ತರಹೆಯ ಗಾಯ್ಟರ್ ಆಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿದ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಬೇಡಿಕೆಯನ್ನು ಪೂರೈಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ "ಥೈರಾಯಿಡ್ ಕಾರ್ಖಾನೆ" ತನ್ನ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಯನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಉತ್ಸುಕತೆಯಿಂದ ಸಜ್ಜುಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಒಂದು ಭಾಗ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ, ಇಲ್ಲವೇ ಇಡೀ ಗ್ರಂಥಿಯೇ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿಗ್ಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ "ಕಚ್ಚಾ ಸಾಮಗ್ರಿ"ಯಾದ ಅಯೋಡಿನ್ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ದೊರಯದಿದ್ದಾಗ ಅದಕ್ಕೆ ನಿರಾಶೆಯಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಉಂಟಾದ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಊತಗಳು ಬಹುಪಾಲು ಹಿಂದಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಮರಳುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಊತವನ್ನೇ ಗಾಯ್ಟರ್ ಎನ್ನುವುದು. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಅಯೋಡೀನ್ ಅಥವಾ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಸತ್ವಗಳಿರುವ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದರೆ, ಥೈರಾಯಿಡ್ ಹಿಂದಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಅಯೋಡೀನ್‌ನ ಬೇಡಿಕೆ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ – ಹರೆಯದ ವಯಸ್ಸು ಮೀರಿದ ನಂತರ, ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಮೇಲೆ ಊದಿದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಕೆಲಸಾರಿ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಗಾಯ್ಟರುಗಳೂ ಹೀಗೆ ಗುಣಮುಖವಾಗುತ್ತವೆಂದು ಹೇಳಲಾಗದು. ಉಳಿದುಕೊಂಡು ಕುತ್ತಿಗೆಯನ್ನು ವಿಕಾರಗೊಳಿಸುವ, ಅಥವಾ ಇತರ ತೊಡಕುಗಳಾದಾಗ ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್

ಪುಕ್ಕಲು ಸ್ವಭಾವ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವ ಸಪೂರ ಮೈಕಟ್ಟಿನವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕ ಗಡಿಬಿಡಿಯ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಪ್ರತೀಕದ ಕಾಯಿಲೆ ಇದೆನ್ನಬಹುದು. ಹದಿ ಹರೆಯದ ಯುವಕ–ಯುವತಿಯರಲ್ಲೇ

ಇದರ ಉಪಟಳ ಹೆಚ್ಚು. ಅವರಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸಮನೇ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜೈವಿಕ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಸಹಾ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಥೈರಾಕ್ಸಿನನ್ನು ತಯಾರಿಸಲು ಮಿದುಳಿನಿಂದಲೂ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗೆ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ಸಂದೇಶಗಳು ಬರುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್‌ನ ಉತ್ಪಾದನೆಯೂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಬಹುಶಃ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಬೇಡಿಕೆಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಹೆಚ್ಚಾದ ಚೋದನಿ ಹೃದಯ, ಮಿದುಳು, ಮತ್ತು ಜೀವದ್ರವ್ಯಕ್ರಿಯೆ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಹುರುಪಿನಿಂದ ಕೆಲಸ ಮಾಡಲು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಮನಸ್ಸು ಆತಂಕ, ಭಯಗಳಿಂದ ತಳಮಳಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೈಕಾಲು, ನಾಲಗೆಗಳು ಅದರುತ್ತವೆ. ಮೈ ಸದಾ ಬೆವರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಎಷ್ಟು ಊಟ ಮಾಡಿದರೂ ಹಸಿವು ಇಂಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಭೇದಿ ಕೂಡ ಆಗತ್ತಿರಬಹುದು. ಹೃದಯ ಬಡಿತ, ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ. ಮೈ ಶಾಖ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರ ಚಾಚಿದ ಬೊಗಸೆಗಣ್ಣುಗಳು (Exophthalmia) ರೋಗಿಯ ಆತಂಕದ ಮುಖ ಮುದ್ರೆಯ ಪ್ರತೀಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ ಹೃದಯದ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಿಂದ ರೋಗಿ ಸಾಯುತ್ತಾನೆ.

ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್ ವ್ಯಾಧಿಯಲ್ಲೂ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು (ಥೈರೋ ಟಾಕ್ಸಿಕೋಸಿಸ್) ಇಲ್ಲವೆ, ಅದು ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡು ಊದಿ ಕೊಂಡಿರಬಹುದು. (ಟಾಕ್ಸಿಕ್ ನಾಡ್ಯುಲರ್ ಗಾಯ್ಟರ್) ಸರಳ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಾರಿ ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದಾಗಲೂ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ : ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲೂ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತಲೆದೋರಬಹುದು. ಆದರೆ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇತರ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗಿಂತ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯದು.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಏಳಬಹುದಾದ ಇತರ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಊತಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉಸಿರು ನಾಳ ಮತ್ತು ಅನ್ನನಾಳಗಳ ಜೊತೆ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುವ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಊತಗಳು ನುಂಗುವ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ಕೆಳಗೆ ಚಲಿಸುವುದರಿಂದ, ಗೆಡ್ಡೆ ಈ ಗ್ರಂಥಿಯದೇ ಅಥವಾ ಬೇರೆಯದೇ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವೇನಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಅದು

ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿದೆಯೇ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ವಿವಿಧ ಕೋನಗಳಿಂದ ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಊತ ಸರಳ ರೀತಿಯದೇ ಅಥವಾ ವಿಷಮ ರೀತಿಯದೇ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಪ್ರಮುಖವಾದ ವಿಷಯ. ರೋಗಿಯ ಮುಖ ಚರ್ಯೆ, ತಳಮಳಕಾರಿ ವರ್ತನೆ, ಮುಂಚಾಚಿದ ಬೊಗಸೆಗಣ್ಣುಗಳು, ಏರಿದ ನಾಡಿ ಮಿಡಿತ, ಹೃದಯ ಬಡಿತ, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮುಂತಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ತೆರನ ರಕ್ತದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಕೆಲವು ಹಂತಗಳ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಸರಳ ಮತ್ತು ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ವಿಕಿರಣ ಪಟುತ್ವ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಅಯೋಡೀನ್‌ನನ್ನು ಇಂಥ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನೀಡಿ, ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಉಪಕರಣದಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ (ಸ್ಕ್ಯಾನಿಂಗ್) ಕಂಡು ಬರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಸರಳ, ಹಾಗೂ ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರುಗಳನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಸಹ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಶೇಷ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿರುವ ಕೆಲವೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಇಂಥಾ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಸರಳ ರೀತಿಯ ಕೆಲವು ಗಾಯ್ಟರುಗಳು ಬದಲಾದ ಸನ್ನಿವೇಶಗಳಲ್ಲಿ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಕಿರಿದಾಗಿ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಮರುಳಬಹುದಾದ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾದಾಗ ಉಸಿರಾಡಲು ಇಲ್ಲವೆ ನುಂಗಲು ಸಹಾ ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ತೊಡಕುಗಳ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದರೊಳಗೇ ಅವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆದು ನೋಡಲು ಅಸಹ್ಯಕರವೆನಿಸಿದಾಗಲೂ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದಾಗಲೂ ಕೆಲವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಯ ಅನುಮಾನ ಉಂಟಾದಾಗಲೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಹಿರಿದಾದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದುಂಟು. ಆಗ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ ರೋಗಿ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿ ಸಾಯಬಹುದು.

ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ಗೆ ಈಗ ಮೂರು ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿವೆ. ಥೈರಾಯಿಡ್ ವಿರುದ್ಧ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಮದ್ದುಗಳ (Anti-Thyroid Drugs) ಬಳಕೆ, ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಹೃದಯ ಬಡಿತ ಮತ್ತು ರಕ್ತದೊತ್ತಡವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಹಂಗಾಮಿಯಾಗಿಯಾದರೂ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಎರಡೂ ವಿಧದ ಮದ್ದುಗಳ ಮುಂದುವರಿದ ಬಳಕೆಯಿಂದ ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ನ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಬಹಳ ಸಮಯ ಹದ್ದು ಬಸ್ತಿನಲ್ಲಿಡಬಹುದು.

ವಿಕಿರಣ ಪಟುತ್ವವಿರುವ ಅಯೋಡೀನ್‌ನನ್ನು ಗಾಯ್ಟರ್‌ನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗನುಸಾರ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಹಾಕಿ ನೀಡುವುದರಿಂದ ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಅದರ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಅತ್ಯಂತ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ವಿಷಮ ರೀತಿಯ ಗಾಯ್ಟರ್‌ನ ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರವಿದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪೂರ್ವ ಭಾವಿಯಾಗಿ ಮಿದುಳು, ಹೃದಯ ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಾದ ವಿಷಮ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರಲು ಕೆಲಕಾಲ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ರಕ್ತ ಪೂರಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಪೂರ್ಣ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆ ಅನಿವಾರ್ಯ. ಊದಿಕೊಂಡ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯೇ ಅಲ್ಲದೆ ಉಳಿದುದರಲ್ಲಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗ ಥೈರಾಯಿಡ್‌ನ ಭಾಗವನ್ನೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದು ವಾಡಿಕೆ. ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸಲು ಅವಕಾಶ ನೀಡದಿರುವುದೇ ಇದರ ಉದ್ದೇಶ. ಎಷ್ಟು ಭಾಗ ಥೈರಾಯಿಡ್ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕೆಂಬ ಅಂದಾಜಿನಲ್ಲಿ ತಪ್ಪಾಗಿ, ಬಹಳಷ್ಟು ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಮತ್ತೆ ವಿಷಮ ಸ್ಥಿತಿ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದು; ಅದನ್ನು ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತೆಗೆದಿದ್ದರೆ ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಮಿಕ್ಸಿಡಿಮಾ ತಲೆದೋರಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರ ಅನುಭವ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಾಯಕವಾಗಬಹುದು.

ಆಹಾರ ಮತ್ತು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಅಯೋಡಿನ್‌ನ ಗಮನಾರ್ಹ ಕೊರತೆ ಇರುವ

ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಗಾಯ್ಟರ್ ಒಂದು ಗಂಭೀರ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶಗಳ ಇಂಥಾ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಜನರು ಸೇವಿಸುವ ಅಡಿಗೆ ಉಪ್ಪು ಅಥವಾ ಕುಡಿಯುವ ನೀರನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅಯೋಡಿಕರಿಸಿ ಈ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲೂ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಯೋಜನೆಗಳು ರೂಪುಗೊಂಡು ಕಾರ್ಯಗತವಾಗುತ್ತಿವೆ. ಅವಿನ್ನೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿಲ್ಲ. ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಭೂಮಿಯ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಅಭಾವ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದೆ. ಭೂಗರ್ಭದ ಆಳದಿಂದ ಕೊಳವೆ ಬಾವಿಗಳನ್ನು ತೋಡಿ ಜನರಿಗೆ ಕುಡಿಯಲು ನೀರು ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಂಥ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲ ಕಾಲಾನಂತರ ಅಯೋಡೀನ್‌ನ ಕೊರತೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಶುರುವಿನಿಂದಲೇ ಮುಂಜಾಗ್ರತಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಗಾಯ್ಟರ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ.

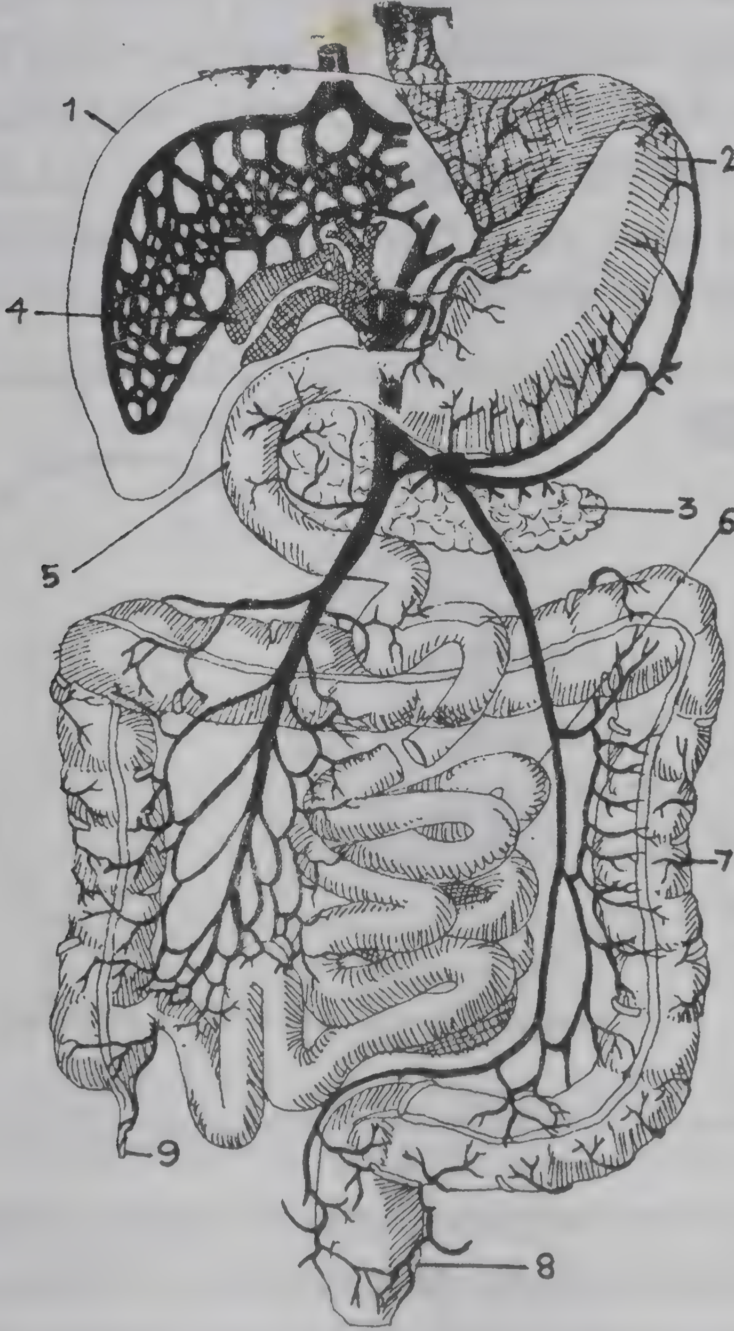
* * * *

೧೦. ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ಜೀವ ಜಂತುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ. ಅಮೀಬಾದಂಥ ತೀರಾ ಕೆಳಸ್ತರದ ಏಕಕೋಶ ಜೀವಿ ತನ್ನ ಸುತ್ತಲ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿರುವ ಆಹಾರಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೀರಿಕೊಂಡು ಜೀವಿಸಬಲ್ಲುದು. ಆದರೆ ಜೀವವಿಕಾಸದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಸಂಕೀರ್ಣ ಅಂಗರಚನೆ ಹಾಗೂ ಜೀವನ ಕ್ರಮದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿದ ಮಾನವ ಮತ್ತಿತರ ಪ್ರಾಣಿವರ್ಗಗಳ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಯಿತು. ಅವುಗಳ ಜೀವನದ ನಾನಾ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಹಲವು ತೆರನ ಸಂಕೀರ್ಣ ಹಾಗೂ ಸಂಯುಕ್ತ ಆಹಾರಾಂಶಗಳಿರುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅವು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಕರಗಿ, ಜೀರ್ಣವಾಗಿ ಪೌಷ್ಟಿಕ ಹಾಗೂ ಶಕ್ತಿಜನಕ ಅಂಶಗಳು ರಕ್ತಗತವಾಗಿ ಜೀವಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆ ಸಹಾಯವಾಗುವಂತಹ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವುದು ಸಹಾ ಅತ್ಯಂತ ಜಟಿಲ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮವೇ ಸರಿ. ಪ್ರತಿದಿನ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ದವಸ-ಧಾನ್ಯ, ಹಣ್ಣು, ತರಕಾರಿ, ಮಾಂಸ, ಮೀನುಗಳಂತಹ ಕಚ್ಚಾ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಪಚನವಾಗಿ ಶರೀರದ ಅವಶ್ಯಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವಂತಹ ಸಕ್ಕರೆ, ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು, ಜೀವಸತ್ವ, ಖನಿಜಾಂಶಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುವ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಕೃತಿಯ ಅತ್ಯಂತ ಸೋಜಿಗದ ಸಂಗತಿಗಳಾಗಿವೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಈ ಕಾರ್ಯ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ವಿಶಾಲ ಹರವಿನ, ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಜಾಲವೇ ಏರ್ಪಟ್ಟಿದೆ.

ಬಾಯಿಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗುವ ಜೀರ್ಣಾಂಗ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯು ಒಂದು ಉದ್ದನೆಯ ನಾಳದಂತಿದ್ದು ಕಡೆಯದಾಗಿ ಕುಂಡೆಯಲ್ಲಿ ಗುದದ್ವಾರವಾಗಿ ಅಂತಿಮವಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸಿ, ಅವನ್ನು ಅಗಿದು ಪುಡಿಮಾಡಿ ಜೊಲ್ಲು ರಸದೊಂದಿಗೆ ಮಿಶ್ರಣವಾಗುವ ಕಾರ್ಯ ಬಾಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ನುಂಗುವ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಈ ಮಿಶ್ರಣ ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ಅನ್ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗವನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ, ಅದು ಜಠರವಾಗಿ

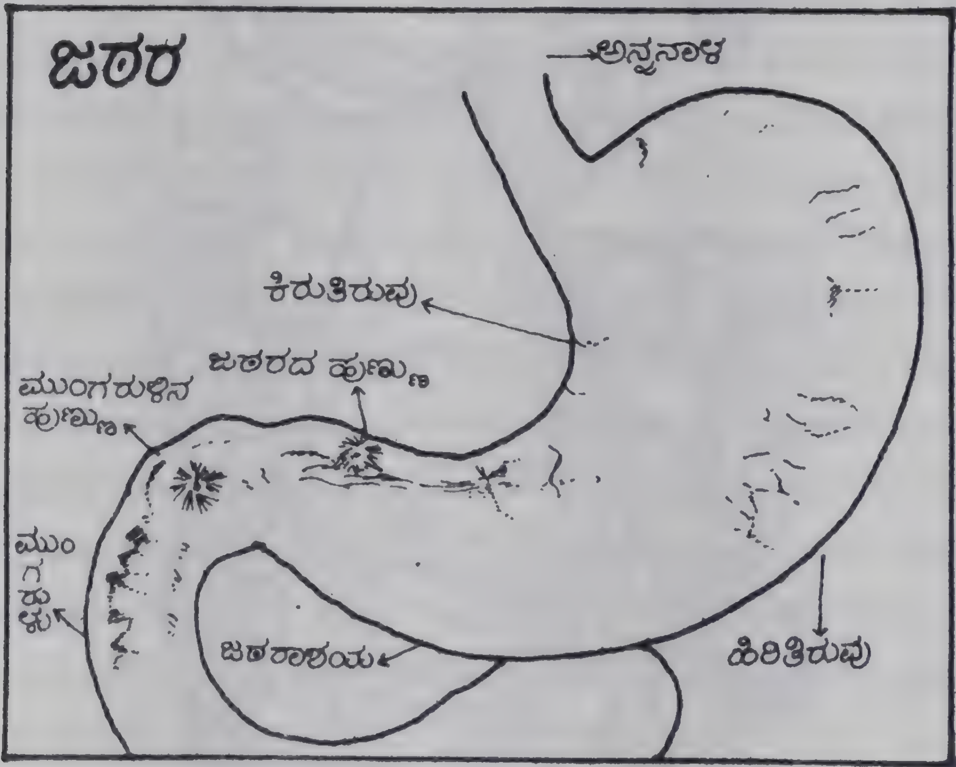
ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುತ್ತದೆ. ಜಠರದಿಂದ ಆರಂಭವಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಮುಖ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳು ಎದೆಗೂಡಿನ ಕೆಳಗೆ ಹೊಕ್ಕಳ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ವಸ್ತಿಕುಹರದ (ಪೆಲ್ವಿಸ್) ನಡುವಿನ ಪೀಪಾಯಿ ಆಕಾರದ ಉದರಕೋಶ (ಅಬ್ಡೋಮೆನ್)ದಲ್ಲಿ ಕಿಕ್ಕಿರಿದು ನೆಲೆಗೊಂಡಿವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೩)



ಚಿತ್ರ ೧೩. ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲ. ೧. ಲಿವರ್, ೨. ಜಠರ, ೩. ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ೪. ಪಿತ್ತಕೋಶ, ೫. ಮುಂಗರುಳು, ೬. ಸಣ್ಣಕರುಳು, ೭. ದೊಡ್ಡಕರುಳು, ೮. ನೆಟ್ಟಗರಯಳು, ೯. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್

ಜಠರ

ಅನ್ನನಾಳದ ಕೆಳತುದಿಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗುವ ಜಠರವು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲೆಲ್ಲಾ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಟೊಳ್ಳಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವ ಅವಯವ. ಇಂಗ್ಲಿಷ್ J ಅಕ್ಷರದ ಆಕಾರದಲ್ಲಿರುವ ಜಠರ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶ (ಎಪಿಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಯಂ)ದ ಹಿಂದೆ ನೇತಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದು ಹೊಕ್ಕಳದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿ (ಡುಯೋಡಿನಮ್) ಅಂತ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ವಿಶಿಷ್ಟ ಆಕಾರವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಜಠರವನ್ನು ಮುಂಡ, ದೇಹ ಮತ್ತು ಅನ್ನಾಶಯ (ಪೈಲೋರಸ್)ಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಲಾಗುಗಿದೆ. ವಿಚಿತ್ರ ರೀತಿಯ ಬಾಗಿದ ಆಕಾರವಿರುವ ಜಠರಕ್ಕೆ ಒಂದು "ಕಿರಿ ತಿರುವು" ಹಾಗೂ ಇನ್ನೊಂದು "ಹಿರಿ ತಿರುವು"ಗಳೂ ಸಹಾ ಇವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೪)



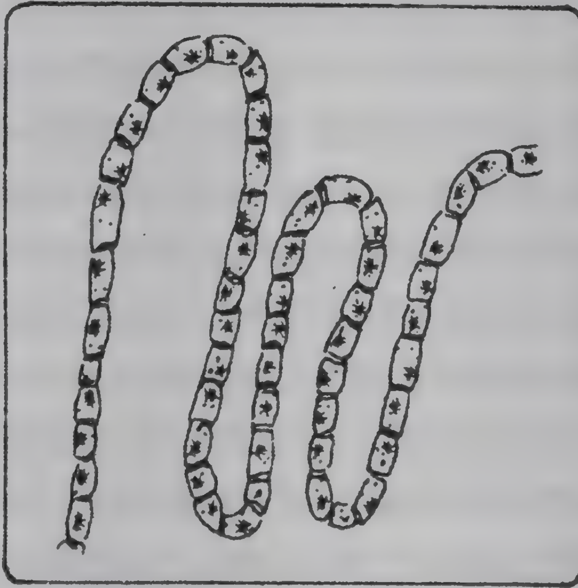
ಚಿತ್ರ ೧೪.

ಎಲ್ಲಾ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಿಗೂ ಇರುವಂತೆ ಜಠರಕ್ಕೂ ಮೂರು ತೆರನ ಸ್ನಾಯು ಕವಚವಿದೆ. ಅವುಗಳ ಕ್ರಮವರಿತ ಚಲನೆ - "ತರಂಗ ಚಲನೆ" - (ಪೆರಿಸ್ಟಾಲ್‌ಸಿಸ್)ಯಿಂದ ಜಠರದ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳು ಸಸೂತ್ರವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತವೆ. ಅನ್ನಾಶಯದ ಕೊನೆಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸ್ನಾಯುಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ತೆರನ ಅಳವಡಿಕೆಯಿಂದ ಅಲ್ಲೊಂದು ಬಿಗಿಸುತ್ತು ಅಥವಾ ಗೆಂಡೆ (ಸ್ಪಿಂಕ್ಟರ್)

ರಚನೆಯಾಗಿದೆ. ಅದು ನಿಯತ ಕಾಲಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಕುಚನ ಮತ್ತು ಸಡಿಲವಾಗುವುದರಿಂದ ಜಠರದಲ್ಲಿ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳ ತಡೆಹಿಡಿಯುವ ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದೆ ಸಾಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಕ್ರಮವರಿತು ಜರುಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಜಠರದ ಒಳಭಾಗವನ್ನು ಸುಕ್ಕುಸುಕ್ಕಾದ ಲೋಳ್ಪರೆ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಲೋಳ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಮಡಿಕೆಗಳಿದ್ದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಜಠರ-ರಸವನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ನೆಲೆಗೊಂಡಿವೆ. ಪ್ರನಾಳಾಕಾರದ ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳೂ, ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಒಂದು ಸೆಂಟಿ ಮೀಟರ್ ಉದ್ದದಲ್ಲಿ ಹತ್ತು ಸಾವಿರದಷ್ಟು ಇರುತ್ತವೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಜಠರದಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ತೆರನ ರಸಗಳನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಜೀವಕೋಶಗಳಿರುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೫)

ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಮತ್ತು ಜೀರ್ಣಿಕರಸ (ಪೆಪ್ಸಿನ್)ಗಳನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ



ಚಿತ್ರ ೧೫. ಜಠರದ ಲೋಳ್ಪರೆ

ಪ್ರಧಾನ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಗ್ರಂಥಿಗಳ ತಳಭಾಗದಲ್ಲಿದ್ದರೆ, ಲೋಳೆಯನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಗ್ರಂಥಿಗಳ ದ್ವಾರದ ಭಾಗದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ.

ಸ್ವಾಯತ್ತ ನರಜಾಲದ (ಆಟೋನೋಮಸ್) ಎರಡೂ ವಿಧದ ನರಗಳ ಮೂಲಕ ಜಠರಕ್ಕೆ ಮಿದುಳಿನ ಸಂಪರ್ಕವಿದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಬೆನ್ನೆಲುಬಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಂತಿರುವ "ಒಳಾಂಗಕ ಹೆಣಿಗೆ" (ಸ್ಪ್ಲಾಂಕ್‌ನಿಕ್ ಪ್ಲೆಕ್ಸಸ್) ಮೂಲಕ ಜಠರಕ್ಕೆ ಅನುವೇದಕ (ಸಿಂಪಥಟಿಕ್) ನರಪ್ರಚೋದನೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಮಿದುಳಿನಿಂದ, ಹೊರಬಂದು ಅನ್ನನಾಳದ ಜೊತೆಗೆ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬರುವ ವೇಗಸ್

ನರಗಳ ಮೂಲಕ ಪರಾನುವೇದಕ (ಪೆರಾಸಿಂಪಥೆಟಿಕ್) ಪ್ರಚೋದನೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಜಠರ ರಸ : ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಂದೆಡೆ ಶೇಖರಿಸಿ ಅವು ಕರಗಿ ಪಚನವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹದಗೊಳಿಸುವುದು ಜಠರದ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯ. ಈ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿಯೇ ಅದರಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ. ಜೀರ್ಣಕ ರಸ (ಪೆಪ್ಸಿನ್), ರೆನಿನ್, ಲಿಪೇಸ್ ಮುಂತಾದ ಆಮ್ಲೀಯ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ರಸಗಳು ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ರಸಗಳ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿರಿಸಲು ಕ್ಷಾರೀಯ ಗುಣವಿರುವ ಲೋಳೆ (ಮ್ಯೂಕಸ್) ಸಹಾ ಜಠರದ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದಲೇ ಸ್ರವಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಜಠರವನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಈ ರಸಗಳ ತಯಾರಿಕೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಸ್ಥಳೀಯ ಸ್ಪರ್ಶ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ, ಮಿದುಳಿನ ನರಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿಂದಲೇ ಬಹುಪಾಲು ಜಠರ ರಸಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವುದು. ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ (ಪೆಪ್ಟಿಕ್ ಅಲ್ಸರ್) ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಜಠರ ರಸವೇ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ರುಚಿಕರ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಸ್ಮರಣೆ, ಅವುಗಳ ಆಹ್ಲಾದಕರ ವಾಸನೆ, ನೋಟ ಹಾಗೂ ರುಚಿಯ ಅನುಭವದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವವ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ನರಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆ, ಜಠರದಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣ ರಸಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸ್ರವಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿರುವ ಹೈಪೋಥಲಾಮಸ್ ಎಂಬ ಭಾಗದಿಂದ ನಿಯಂತ್ರಿಸಲ್ಪಡುವ ವೇಗಸ್ ನರಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಕಾರ್ಯ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ವೇಗಸ್ ನರಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ, ಮಿದುಳಿನ ಸಂಪರ್ಕ ತೊಡೆದು ಹಾಕಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಹಂತದ ಜಠರ ರಸದ ಉತ್ಪಾದನೆ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಅದೀಗ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಪ್ರಧಾನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಸಿಡುಕುತನ, ಕುತೂಹಲ, ಚಿಂತೆ, ಪೈಪೋಟಿ, ಆಶಾಭಂಗ, ಮುಂತಾದ ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಕೂಡ ಮಿದುಳಿನ ನರ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳ ಮೂಲಕ ಹೆಚ್ಚಿದ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲವನ್ನು ಸ್ರವಿಸಿ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಆಹಾರವು ಅನ್ನಾಶಯವನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿಯ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ನಮೂನೆಯ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯುಂಟಾಗಿ "ಜಠರಾಂಶ" (ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿನ್) ಎಂಬ ಚೋದನಿ ತಯಾರಾಗುತ್ತದೆ. ಇದೇ ರೀತಿ ಆಹಾರ ಕರುಳನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗಲೂ ಅಲ್ಲಿಯೂ ಕೆಲವು ಚೋದನಿಗಳು ಹಾರ್ಮೋನು ಸ್ರವಿಸುತ್ತವೆ.

ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದಲೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಜಠರ ರಸ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಜಠರದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ ಅತಿ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾದುದೆಂದು ಹೆಸರಾಗಿದೆ. ಅದರೊಳಗಡೆ ಮಾಂಸದ ತುಣುಕು ಇಲ್ಲವೆ ಜಠರದ ಒಂದು ಚೂರನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಹಾಕಿದರೆ ಅವು ಬೆಂದು ಕರಗುತ್ತವೆ ! ಅದೃಷ್ಟವಶಾತ್ ಅಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಲೋಳೆಯೂ ಅಷ್ಟೇ ಕ್ಷಾರೀಯವಾಗಿದೆ. ಜಠರದ ಒಳಪೊರೆಗೆ ಲೋಳೆ ಸದಾ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಅದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತಂತಾನೆ ಸುಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಮಿತಿ ಮೀರಿದ ಉತ್ಪಾದನೆ, ಅಥವಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಅನಾರೋಗ್ಯ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಗಳಿಂದ ಬಳಲಿ, ಜಠರದ ಒಳಪರೆಯೂ ಶಿಥಿಲಗೊಂಡಾಗ ಆಮ್ಲ ತನ್ನ ವಿನಾಶಿಕಾರೀ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುತ್ತದೆ, ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ನಾಂದಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಮುಂಗರುಳು (ಚಿತ್ರ ೧೩, ೧೪)

ಹಿಗ್ಗಿದ ಬಲೂನಿನಂತಿದ್ದ ಜಠರವು ಮುಂದೆ ನಾಳಾಕಾರದ ಸಣ್ಣ ಕರುಳಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗಕ್ಕೆ "ಮುಂಗರುಳು" (ಡುಯೋಡಿನಮ್) ಎಂಬ ಹೆಸರಿದೆ. ಸುಮಾರು ೫೦–೫೫ ಸೆಂ.ಮೀ. ನಷ್ಟು ಉದ್ದವಿರುವ ಮುಂಗರುಳು ತಿರುವು ಮುರುವು ಆದ ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನ C ಅಕ್ಷರದ ಆಕಾರದಲ್ಲಿದೆ. ಅದರ ಉಬ್ಬಿದ ಹೊರ ಪಾರ್ಶ್ವ, ಬಲಗಡೆ ತಿರುವಿಕೊಂಡಿದೆ. ಅದರ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದ ಸರಿಸುಮಾರಿಗೆ ಪಿತ್ತಕೋಶದಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳ ಬಂದು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮುಂಗರುಳಿನ ವರ್ತುಲದ ಒಳಭಾಗಕ್ಕೆ ಮೇದೋಜೀಕರ ಗ್ರಂಥಿಯ ಶಿರಭಾಗ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ಅದರ ರಸವನ್ನು ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ನಾಳವೂ ಬಂದು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಜಠರದಿಂದ ಬರುವ ಜೀರ್ಣರಸಗಳಿಂದ ಅರೆಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಗೊಳಗಾದ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು, ಪಿತ್ತರಸ, ಮತ್ತು ಮೇದೋಜೀರಕ ರಸಗಳು ಒಂದಾಗಿ ಮುಂದೆ ಸಾಗುತ್ತವೆ. ಮುಂಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲೇ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿ ಪಡೆದಿರುವ "ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣು" (ಡುಯೋಡಿನಲ್ ಅಲ್ಸರ್) ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತವೆ.

ಸಣ್ಣ ಕರುಳು (ಚಿತ್ರ ೧೩)

ಮುಂಗರುಳಿನ ಅಂತಿಮ ಭಾಗ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮಧ್ಯಭಾಗಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಎಡಕ್ಕೆ ಸಣ್ಣ ಕರುಳು ಆಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಟೊಳ್ಳಾದ ನಾಳದಂತಿರುವ

ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಉದ್ದ ಸುಮಾರು ೬೦೦ ಸೆಂ.ಮೀ. ಅದನ್ನು "ಬರಿಗರುಳು" (ಜೆಜುನಂ) ಮತ್ತು "ಮುರಿಗರುಳು" (ಇಲಿಯಂ) ಎಂಬ ಎರಡು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕೋಶದ ಮಧ್ಯ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸುರುಳಿ ಸುರುಳಿಗಳಾಗಿ ನೆಲೆಗೊಂಡಿರುವ ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನುದ್ದಕ್ಕೂ ಮಾಲೆಯಾಕಾರದ ಪರೆಯೊಂದು – ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆ – (ಮಿಸೆಂಟರಿ) ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪರೆಯ ಮೂಲಕ ಸಣ್ಣಕರುಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹಿಂಬದಿಯ ಬಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿದೆ. ಕರುಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ರಕ್ತನಾಳ, ಹಾಲ್ರಸನಾಳ ಮತ್ತು ವಿವಿಧ ತೆರನ ನರಜಾಲಗಳು ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆಯ ಮೂಲಕವೇ ಸಂಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಮೂರು ತೆರನ ಸ್ನಾಯು ಕವಚಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣವನ್ನು ಲೋಳ್ಪರೆ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಉದ್ದಗಲದಿಂದ ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣಕ್ಕೆ ಚಾಚಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಸಂಖ್ಯಾತ "ಎಳೆಗೊಂಡೆ" (ವಿಲ್ಲೈ)ಗಳಿವೆ. ಹೀಗೆ ಚಾಚಿಕೊಂಡಿರುವ ಎಳೆಗೊಂಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳುರಸವನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಲಕ್ಷಾಂತರ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಸಣ್ಣ ಕರುಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹಿಂಬದಿಯ ಭಿತ್ತಿಯಿಂದ ಜೋತು ಬಿದ್ದಿರುವ ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆಯ ಹಿಡಿತದಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವಂತಿದ್ದರೂ ಅದಕ್ಕೊಂದು ಚಲನೆಯೂ ಇದೆ. ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ನರಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿಂದ "ತರಂಗ ಚಲನೆ" ಸದಾ ಜರುಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಈ ಚಲನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾದರೆ ಕರುಳಿನೊಳಗಡೆ ಇರುವ ಶಿಲುಕು ಮುಂದೆ–ಮುಂದೆ ಸಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವೆಲ್ಲಾ ಕರುಳಿನೊಳಗಡೆ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆ, ಉಬ್ಬರಿಸಿ. ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆ ನಿಂತು ಹೋಗಿ ವಾಂತಿಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. "ಕರುಳು–ತಡೆ" ಉಂಟಾಗುವುದು ಇಂತಹ ಕಾರಣಗಳಿಂದಲೇ.

ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು (ಚಿತ್ರ ೧೩)

ಬಲಭಾಗದ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣಕರುಳು ಅಂತ್ಯವಾಗಿ, ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವೆರಡು ಸಂಧಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮಾನವನಲ್ಲಿ ಜೀವ ವಿಕಾಸದ ಪಳೆಯುಳಿಕೆಯೆನ್ನಬಹುದಾದ "ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್" ಎಂಬ ತಿರುಚೀಲ ನೇತಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು ೧೭೦ ಸೆಂ.ಮೀ. ಉದ್ದವಿರುವ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಮೂರರಷ್ಟು ಹಿರಿದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ತಲೆಕೆಳಗಾದ

ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನ 'U' ಅಕ್ಷರದ ಆಕಾರವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ದೊಡ್ಡಕರುಳು ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ಮೇಲೇರಿ, ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಕ್ಕಳದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಎಡಗಡೆಗೆ ಅಭಿಮುಖವಾಗಿ ಅಡ್ಡಹರಿದು ಎಡಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿ 'S' ಆಕಾರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರ ನೆಲೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಅದು ನೆಟ್ಟಗರುಳು (ರೆಕ್ಟಮ್) ಮತ್ತು ಗುದನಾಳ (ಏನಲ್‌ಕ್ಯಾನಾಲ್)ವಾಗಿ ಆಸನದಲ್ಲಿ ಕೊನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದೊಡ್ಡಕರುಳು ಸಹಾ ಮೂರು ತೆರನ ಸ್ನಾಯು ಕವಚ ಮತ್ತು ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ಲೋಳ್ಪರೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಅದರ ಬಹುಪಾಲು ನಡು ಪರೆಯ ಮೂಲಕ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹಿಂದಿನ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ತರಂಗ ಚಲನೆಯನ್ನು ಪಡೆದು ಕೊಂಡಿದೆ.

ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ಆರಂಭವಾಗುವ ಭಾಗ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಒಂದು ಕರುಡು ಕೋಶದಂತಿದ್ದು (ಕುರುಡುಗರಳು – ಸೀಕಮ್), ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಅಂತಿಮ ಭಾಗವಾದ ಮುರಿಗರುಳು ಅದರ ಒಂದು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಂತಿದೆ. ಅವೆರಡು ಸಂಧಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಮಡಿಕೆಯಿಂದ ಒಂದು ಕವಾಟದ (ಇಲಿಯೋ ಸೀಕಲ್) ಏರ್ಪಾಟಾಗಿದೆ. ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಯಾವಾಗಲೂ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿಗೆ ಅಡೆತಡೆಯಿಲ್ಲದೆ ಹರಿದು ಹೋಗದಂತೆ, ಇಲ್ಲವೆ ದೊಡ್ಡಕರುಳಿನ ಅಂಶಗಳು ಹಿಂದೆ ಸರಿದು ಬರದಂತೆ ನಿರ್ವಹಿಸುವುದು ಈ ಕವಾಟದ ಪ್ರಮುಖ ಕೆಲಸವಾಗಿದೆ.

ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು ಅಂತಿಮವಾಗುವ ಗುದದ್ವಾರದ ಸುತ್ತಲೂ ಸಹಾ ಸ್ನಾಯುಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಜೋಡಣೆಯಿಂದ ಒಳ ಮತ್ತು ಹೊರ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಏರ್ಪಾಡಿದೆ. ಇವುಗಳು ಗುದನಾಳದ ಸುತ್ತ ಒಂದು ಮಾದರಿಯ "ವಪೆ"ಯಂತೆ ಸುತ್ತುವರಿದಿವೆ. ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಕಾಲವನ್ನುಳಿದು, ಇತರ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬಿಗಿ ಸುತ್ತುಗಳು ಸದಾ ಸಂಕುಚನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾದ ಮಲ ತಂತಾನೆ ಸೋರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ವಿಕಸನಗೊಂಡಾಗ ಮಾತ್ರ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದನಾಳ ಮತ್ತು ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಕಾರ್ಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ನರಮಂಡಲದ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರುವುದರಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಕಾಲ ಮತ್ತು ಪರಿಸರಗಳನ್ನು ನಮ್ಮ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳು ಏರುಪೇರಾದಾಗ, ಮಲಬದ್ಧತೆ, ಭೇದಿ, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ (ಮೊಳೆರೋಗ) ಮುಂತಾದ ರೋಗಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆ

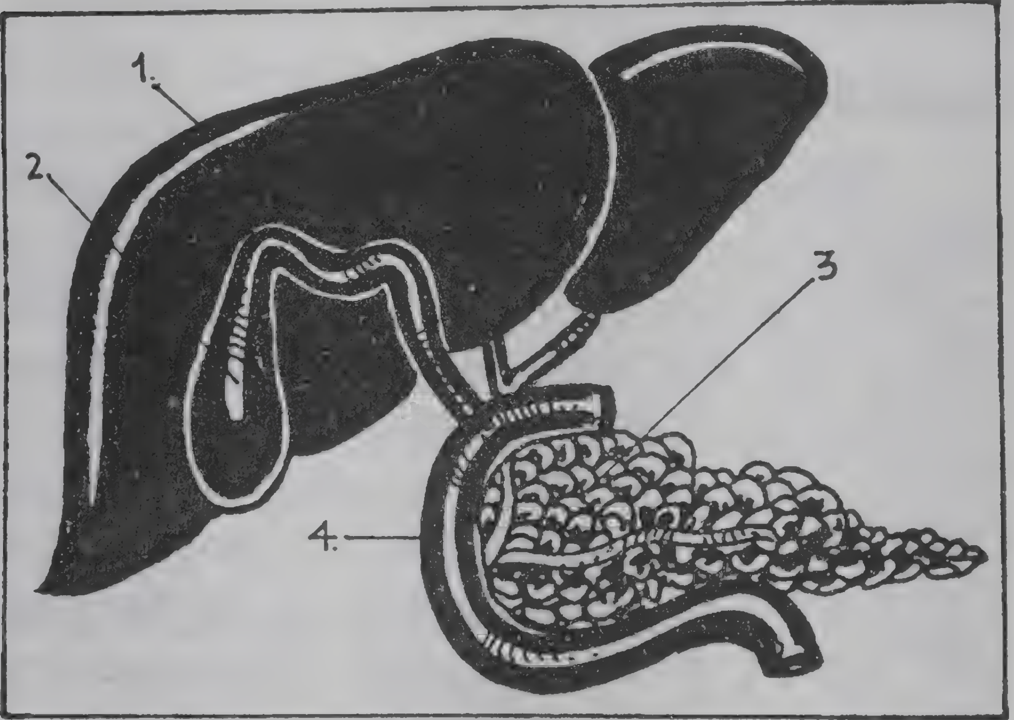
ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕೋಶದ ಒಳಗಡೆ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಜಠರದಿಂದ ಹಿಡಿದು ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನವರೆವಿಗೂ ಅವುಗಳ ಬಹುಪಾಲು ಹೊರಮೈಯಿಗೆ ತೆಳುವಾದ ಪೊರೆಯೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹಿಂದಿನ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಸುವ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಅದು ಎರಡು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಕರುಳ್ನಡುಪರೆಯಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪರೆಗೆ "ಹೊರಬಿಗಿ–ಪೊರೆ" (ಪೆರಿಟೋನಿಯಂ) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಕರುಳಿನ ಮೇಲ್ಮೈಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಈ ಪರೆ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕೋಶದ ಬಿತ್ತಿಯ ಒಳ ಮೇಲ್ಮೈಗೂ ಹಾಸಿಕೊಂಡು, ಅವೆರಡರ ನಡುವೆ ಒಂದು ಪೊಳ್ಳು ಅಂತರ ಉಂಟಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿದೆ. ಈ ಪೊರೆಯಿಂದ ಸದಾ ಸ್ರವಿಸುವ ತೆಳ್ಳನೆಯ ದ್ರವದಿಂದ, ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ಅಂಗಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳದೆ, ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಸುಲಭವಾಗಿ ಅಲ್ಲಾಡಿಕೊಂಡಿರಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪೊರೆಗೆ ಜಖಂ ಅಥವಾ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದರೆ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ತೀವ್ರ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ.

ಯಕೃತ್ತು ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶ (ಚಿತ್ರ ೧೬)

ಯಕೃತ್ತು (ಲಿವರ್, ಈಲಿ), ದೇಹದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಹಿರಿದಾದ ಅಂಗ. ಅದು ವ್ಯಾಪಕ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ ಹೊಂದಿರುವ ಅವಯವ ಕೂಡ. ಸುಮಾರು ೧.೫ ಕೆ.ಜಿ.ಯಷ್ಟು ತೂಕದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಬಲಭಾಗದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ವಪೆಯ ಕೆಳಗೆ ಅದಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ನೆಲೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮುದಾಯಗಳಿಂದ ರಚಿತವಾದ ಗೊಂಚಲುಗಳೇ ಯಕೃತಿನ ಕಾರ್ಯ–ಕಲಾಪಗಳ ಮೂಲ ಘಟಕಗಳು. ಈ ಘಟಕಗಳಿಂದ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಪಿತ್ತನಾಳಗಳು ಆರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಅವು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ, ಯಕೃತ್ತಿನ ಎಡ ಮತ್ತು ಬಲ ಹಾಲೆಗಳಿಂದ ಹೊರ ಬಂದು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಒಂದು ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳವಾಗುತ್ತದೆ. ನಡುದಾರಿಯಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಕೋಶದಿಂದ (ಗಾಲ್‌ಬ್ಲಾಡರ್) ಹೊರಬರುವ ಇನ್ನೊಂದು ಸಣ್ಣ ನಾಳ (ಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಡಕ್ಟ್) ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳವನ್ನು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅದು ಮುಂಗರುಳಿನ ಹೊರಗೆ ಉಬ್ಬಿದ ನಡು ಭಾಗವನ್ನು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇತರ ಅವಯವಗಳಿಗಿರುವಂತೆ ಯಕೃತ್ತಿಗೂ ಧಮನಿ ಮತ್ತು ಶಿರೆಗಳ ಸಂಪರ್ಕದ

ಜೊತೆಗೆ, ಜೀರ್ಣಾಂಗಳಿಂದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನು ಹೀರಿಕೊಂಡು ಸಾಗಿಸುವ ಪೋರ್ಟಲ್ ಶಿರೆಯೆಂಬ (ಪೋರ್ಟಲ್ ವೇನ್) ಇನ್ನೊಂದು ಅಭಿಧಮನಿಯೂ ಬಂದು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಯಕೃತ್ತಿನ ಬಲಹಾಲೆಯ ಅಡಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೆರಿಹಣ್ಣಿನ ಆಕಾರದ (ಪಿಯರ್ ಷೇಪ್) ಕಿರು ಚೀಲವೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಅದೇ ಪಿತ್ತಕೋಶ. ಒಂದು ಸಾರಿಗೆ ಸುಮಾರು ೫೦-೬೦ ಮಿಲಿ ಲೀಟರ್ ದ್ರವ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು



ಚಿತ್ರ ೧೬. ಲಿವರ್, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಗಳು
೧. ಲಿವರ್, ೨. ಪಿತ್ತಕೋಶ, ೩. ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ, ೪. ಮುಂಗರುಳು

ಶೇಖರಿಸಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ಗಾತ್ರದ್ದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾದ ಸಣ್ಣನಾಳ ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳವನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಒಂದು ದಿನದ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಯಕೃತ್ತಿನಲ್ಲಿ ತಯಾರಾಗುವ ಸುಮಾರು ೫೦೦-೧೫೦೦ ಮಿ.ಲೀ. ಪಿತ್ತರಸ (ಬೈಲ್) ಪಿತ್ತಕೋಶಕ್ಕೆ ಸದಾ ಹರಿದು ಬರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲಿರುವ ನೀರಿನ ಹೆಚ್ಚು ಭಾಗ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹಕ್ಕೆ ಹೀರಿಕೊಂಡು ಸಾಂದ್ರೀಕೃತ ಪಿತ್ತರಸ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ವಾಂತಿಯಾದಾಗ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಕಹಿ ಅನುಭವವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿ ಹೊರಬೀಳುವ ತಿಳಿ ಹಸಿರು ಬಣ್ಣದ ದ್ರವವೇ ಈ ಪಿತ್ತರಸ. ಆಹಾರದಲ್ಲಿರುವ ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಪಿತ್ತರಸ

ಸಹಾಯಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಜಠರದಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಾರಸಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೊಳಗಾದ ಆಹಾರಾಂಶಗಳನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ, ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ಸಂಕುಚನೆ ಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ, ಅಲ್ಲಿ ಮೊದಲೇ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿದ್ದ ಪಿತ್ತರಸ ಪಿತ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತದೆ.

ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪಿತ್ತಲವಣ, ಪಿತ್ತಬಣ್ಣ ದ್ರವ್ಯ (ಬೈಲ್ ಪಿಗ್ಮೆಂಟ್), ಪಿತ್ತಾಮ್ಲ, ಕೊಲೆಸ್ಟಿರಾಲ್, ಬಿಲಿರುಬಿನ್, ಲೆಸಿಥಿನ್ ಮುಂತಾದ ರಸಾಯನಿಕಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ (ಚಿತ್ರ ೧೩, ೧೬)

ಆಹಾರದ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗುವ ರಸಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸುವ ಇನ್ನೊಂದು ಗ್ರಂಥಿ, ಮೇದೋಜೀರಕ (ಪಾನ್‌ಕ್ರಿಯಾಸ್). ಅದು ಜಠರದ ಹಿಂಭಾಗದ ಬೆನ್ನಿನ ಬಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಮಲಗಿದಂತಿದೆ. ಅದರ ಶಿರಭಾಗ ಮುಂಗರುಳಿನ ಒಳಭಾಗದ ತಿರುವಿಗೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿದೆ. ಈ ವಲಯದಲ್ಲೇ ಹೊರಬರುವ ಮೇದೋಜೀರಕ ನಾಳ ಮುಂಗರುಳನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ಅದರ 'ದೇಹ' ಮತ್ತು ಬಾಲ ಎಡಗಡೆ ಗುಲ್ಮ (ಸ್ಪ್ಲೀನ್) ದ ವರೆಗೂ ಚಾಚುತ್ತವೆ. ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ರಸವು ಅತ್ಯಂತ ತೀಕ್ಷ್ಣ ತರಹೆಯದಾಗಿದ್ದು ಸಸಾರಜನಕ, ಶರ್ಕರ ಪಿಷ್ಟ ಮತ್ತು ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಮೇದೋಜೀರಕ ನಾಳದಲ್ಲಿ ಪ್ರವಹಿಸುವ ಈ ರಸವೇ ಅಲ್ಲದೇ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತಕದ ನಡುವೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಲ್ಯಾಂಗರ್‌ಹ್ಯಾನನ ದ್ವೀಪ–ಜೀವಕೋಶಗಳಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಚೋದನಿಯು ಒಂದಿದೆ. ಸಿಹಿಮೂತ್ರ ಕಾಯಿಲೆಗೆ (ಡಯಾಬಿಟಿಸ್) ಕಾರಣವಾಗುವ "ಇನ್ಸುಲಿನ್" ಅದು.

ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆ

ಜಠರವು ನುಂಗಿದ ಆಹಾರವನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿ ಅದನ್ನು ಪಚನಕ್ಕೆ ಹದಗೊಳಿಸುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಜಠರ ರಸದ ಪ್ರಮುಖ ಅಂಶಗಳಾದ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ, ಪೆಪ್ಸಿನ್, ರೆನಿನ್, ಲಿಪೇಸ್‌ಗಳಂತಹ ತೀಕ್ಷ್ಣ ರಸಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಆಹಾರದಲ್ಲಿರುವ ಸಸಾರಜನಕ (ಪ್ರೋಟೀನು), ಕೊಬ್ಬು ಮುಂತಾದವುಗಳ ಸಂಯುಕ್ತ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಭಿನ್ನಗೊಳಿಸಿ ಮುಂದಿನ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಗೆ ಸುಲಭವಾಗುವಂತಹ ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ವಸ್ತುಗಳನ್ನಾಗಿ

ಪರಿವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಜಠರದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಚಲನ ವಲನಗಳಿಂದ ಜಠರದಲ್ಲಿನ ಆಹಾರ–ವಸ್ತುಗಳು ರಸಗಳೊಡನೆ ಬೆರೆತು ಗಂಜಿಯಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು ೩–೮ ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೆ ಜಠರದಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಚರಣೆ ಜರುಗಿದ ನಂತರ ಜಠರ ರಸ ಮಿಶ್ರಿತವಾದ ದ್ರವೀಕರಿಸಿದ ಹಿಟ್ಟಿನಂತಾದ (ಕೈಮ್) ಆಹಾರವನ್ನು ಜಠರಾಶಯದ ಬಿಗಿಸುತ್ತು ಸಡಿಲಗೊಳ್ಳುವುದರ ಮೂಲಕ ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ಹರಿಯಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಆಹಾರದ ಶಿಲ್ಕು ಪ್ರವಹಿಸುವಾಗ ಪಿತ್ತರಸ ಮತ್ತು ಮೇದೋಜೀರಕ ರಸಗಳೂ ಬಂದು ಕೂಡಿಕೊಂಡು ಮುಂದೆ ಪ್ರವಹಿಸಿ ಸಣ್ಣ ಕರುಳನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ.

ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಮೇಲೆ ರಾಸಾಯನಿಕ ಮತ್ತು ಯಾಂತ್ರಿಕ ಸಂಸ್ಕರಣಾ ಕಾರ್ಯ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ತರಂಗ ಚಲನೆಯಿಂದ ಆಹಾರವು ಕರುಳು ರಸ, ಪಿತ್ತರಸ, ಮೇದೋಜೀರಕ ರಸಗಳೊಡನೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಮಿಶ್ರವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಮತ್ತಷ್ಟು ದ್ರವೀಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ತಿಳಿಯಾದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಶರ್ಕರ–ಪಿಷ್ಟ, ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು, ಜೀವಸತ್ವ, ಖನಿಜಾಂಶ ಮುಂತಾದವು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳು ಇಲ್ಲವೆ, ಪೋರ್ಟಲ್ ಅಭಿಧಮಿಗಳ ಮೂಲಕ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟು ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹವನ್ನು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪೋರ್ಟಲ್ ಅಭಿಧಮನಿಯ ಮೂಲಕ ಯಕೃತ್ತನ್ನು ತಲುಪಿದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಬಹುಪಾಲು ಅಲ್ಲಿ ಜೀವವಸ್ತುಕರಣಕ್ರಿಯೆ (ಮೆಟಬಾಲಿಸಂ) ಗೊಳಗಾಗುತ್ತವೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಶಿಲುಕು ಕರುಳಿನ ತರಂಗ ಚಲನೆಯಿಂದ ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳನ್ನು ಸೇರುತ್ತದೆ. ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿಗೆ ತಲುಪಿದ ಆಹಾರದ ಅವಶೇಷಗಳಲ್ಲಿ "ಗಿಡನಾರು" (ಸೆಲ್ಯುಲೋಸ್) ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಜರುಗುವ ಕ್ರಿಯೆ ಎಂದರೆ ನೀರಿನ ಹೀರಿಕೆ ಮತ್ತು ಮಲದ ತಯಾರಿಕೆ, ದಿನ ಒಂದರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೪ ಲೀಟರ್‌ನಷ್ಟು ನೀರು ಇಲ್ಲಿಂದ ಹೀರಲ್ಪಟ್ಟು ೧೫೦ ಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಮಲ ತಯಾರಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಲದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪಚನವಾಗದ ಆಹಾರದ ಅವಶೇಷಗಳು, ಲೋಳೆ, ನಾಶವಾದ ಕರುಳಿನ ಒಳಪದರದ ಜೀವಕೋಶ ಮತ್ತು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣುಗಳು (ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯ) ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅದು ಮುಂದೆ ಸಾಗಿ ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಗುಪ್ಪೆ ಗುಪ್ಪೆಗಳಾಗಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ಮಲ ನಿಗದಿತ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಗುದದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಕಾರ್ಯ ಮಲದ್ವಾರದ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಮನಸ್ಸು ಮತ್ತು ನರಮಂಡಲದ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಂದ ಜರುಗುತ್ತದೆ.

* * * *

೧೧. ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು

ಜಠರ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣರಸಗಳ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಾಗಿ 'ಪೆಪ್ಟಿಕ್ ಅಲ್ಸರ್'ಗಳೆಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವಕ್ಕೆ "ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹುಣ್ಣು" ಎಂದು ಹೇಳುವ ಅಭ್ಯಾಸ ನಮ್ಮಲ್ಲಿರುವುದಾದರೂ ಎಲ್ಲಾ ತೆರನ ಹುಣ್ಣುಗಳಿಗೂ ಅನ್ವಯಿಸುವುದರಿಂದ ಸಮಂಜಸವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಜೀರ್ಣರಸಗಳ ವೈಪರೀತ್ಯದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಈ ತೆರನ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು "ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು" ಎಂದೇ ಇಲ್ಲಿ ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಇಪ್ಪತ್ತನೆಯ ಶತಮಾನದ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು ಸಹಾ ಮುಂಚೂಣಿಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿದೆ. ವಿವಿಧ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇಕಡ ೨ ರಿಂದ ೧೬ರವರೆಗೆ ಇದೆಯೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಮುಂದುವರಿದ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಯುರೋಪ್, ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಕೆಲವು ಸಮೂಹದ ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವಂತೆಯೇ, ಭಾರತವೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಕೆಲವು ಪೌರ್ವಾತ್ಯ ದೇಶಗಳ ಬಡಜನತೆಯನ್ನೂ ಅದು ಬಿಟ್ಟಿಲ್ಲ. ಉತ್ತರ ಭಾರತದ ಜನರಿಗಿಂತ, ದಕ್ಷಿಣದ ಜನರಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು ಶಿಲ ಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯೆಂಬುದು ಮೆಕ್‌ಕ್ಯಾರಿಸನ್ ಎಂಬ ತಜ್ಞರ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ !

ಕಾರಣ ಮತ್ತು ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಜಠರ ರಸಗಳ, ಅದರಲ್ಲೂ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ತೀವ್ರತೆಗೂ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳಿಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದು ಬಹಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿದೆ. ಈ ಆಮ್ಲದ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ಅನ್ನನಾಳದ ಕೆಳಗಿನ ತುದಿ, ಜಠರ, ಮುಂಗರುಳುಗಳಲ್ಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಾರಿ ಪಳೆಯುಳಿಕೆಯಾಗಿ ಉಳಿದು ಕೊಂಡಿರುವ ಮೆಕೆಲ್‌ನ ತಿರುಚೀಲದಲ್ಲೂ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದು ಮೇಲಿನ ನಂಬಿಕೆಗೆ ಇಂಬು ಕೊಡುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮನೋಭಾವಕ್ಕೂ, ಜಠರದಲ್ಲಿನ ಆಗುಹೋಗುಗಳಿಗೂ ನಿಕಟ

ಸಂಬಂಧವಿರುವಂತಿದೆ. ಅವನಿಗೆ ಲಜ್ಜೆಯಾದಾಗ ಜಠರ ಕೆಂಪಡರುತ್ತದೆ ; ರೋಷ ಉಂಟಾದಾಗ ಬಿಳುಚುತ್ತದೆ ; ಕೋಪಗೊಂಡಾಗ ಸಿಡಿಮಿಡಿಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ; ಭಯವುಂಟಾದಾಗ ಅದು ಪೆಡಸಾಗುತ್ತದೆ. ಅಡ್ರೀನಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಗುಂಪಿನ ಚೋದನಿಗಳ ಬಿಡುಗಡೆಯಿಂದ ಈ ಪ್ರಭಾವಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಅವು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸಲು ಮಾನಸಿಕ ಉದ್ವೇಗಗಳೇ ಕಾರಣ.

ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತಗಳಲ್ಲಿ "ಆಲ್ಫಾ ಜೀವಕೋಶ" (Alpha Cells)ಗಳೆಂಬ ಕೋಶಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ (ಟ್ಯೂಮರ್) ಬೆಳವಣಿಗೆ ಆಗುವುದರಿಂದ ಜಠರಾಂಶದಂಥ ಚೋದನಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪರಿಣಾಮ : ಜಠರದಲ್ಲಿ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲದ ಉತ್ಪಾದನೆ ನೂರ್ಮಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದರೂ ಪದೇ ಪದೇ ಮರುಕಳಿಸುವ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಜೋಲಿಂಗರ್-ಎಲಿಸನ್ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿ" ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಕೊರತೆ, ನ್ಯೂನಪೋಷಣೆ, ಮದ್ಯಸಾರತೆ ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಜಠರದ ಒಳಪೊರೆ ಶಿಥಿಲಗೊಂಡಾಗಲೂ ಆಮ್ಲದ ತೀವ್ರತೆಯಿಂದ ಅವರಲ್ಲಿ ಬಹುಬೇಗ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ನಗರವಾಸಿ ಉದ್ಯೋಗ ನಿರತರ ಹುಣ್ಣುಗಳಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳು ಕಾರಣವಾದರೆ ಹಳ್ಳಿಗಾಡಿನ ಬಡರೈತರಲ್ಲಿ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯೇ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಮೆಕ್‌ಕ್ಯಾರಿಸನ್‌ರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಖಾರ ಮತ್ತು ಮಸಾಲೆ, ಸಾಂಬಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಅತಿಯಾದ ಸೇವನೆಯೇ ದಾಕ್ಷಿಣಾತ್ಯರಲ್ಲಿ ಈ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉಪಟಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅತಿಯಾದ ಧೂಮಪಾನ ಮದ್ಯಪಾನಗಳು ಜಠರದ ಒಳಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಿ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ನಾಂದಿಯಾಗಬಹುದು. ಕೆಲವು ತೆರನ ರೋಗಾಣುಗಳ ಸೋಂಕು ಸಹಾ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ. ಕ್ಯಾಂಪೈಲೋ ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯ ಪೈಲೋರೈ ಎಂಬ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅನ್ನಾಶಯ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆಂಬ ವಿಷಯ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಮೈ ಮೇಲೆ ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಸುಟ್ಟ ಗಾಯಗಳಾಗಿರುವುದು, ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್, ಫೀನೈಲ್ ಬೂಟಾಸೋನ್, ಆಸ್ಪಿರಿನ್, ಕೆಲವು ತೆರನ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಗುಳಿಗೆಗಳ

ಸೇವನೆಗಳಿಂದಲೂ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು ; ಮೊದಲೇ ಹುಣ್ಣಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ತೀವ್ರತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು.

ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಅತ್ಯಂತ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದುಂಟು. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಒಳಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತರುಚಿದಂತಾದ ಗಾಯವೇ ಮುಂದೆ ಆಮ್ಲದ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯಿಂದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಕೊರೆಯುತ್ತಾ, ಸ್ನಾಯು ಕವಚವನ್ನು ದಾಟಿ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯವರೆಗೂ ತಲ್ಪಬಹುದು. ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯೂ ತೂತಾಗಿ (ಫರ್‌ಪೋರೇಷನ್) ಜಠರ ರಸ ಹೊರಬಂದು ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕ ಅನಾಹುತಗಳಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ತೀವ್ರಗತಿಯ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಬಹಳಸಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಮಣಿದಂತಾಗಿ, ಅವೇ ಮುಂದೆ ವಿಳಂಬಗತಿಯ (ಕ್ರಾನಿಕ್) ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ.

ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕೆಲವು ನಿಗದಿತ ಜಾಗಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಜಠರದ ಕಿರಿ ತಿರುವು ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದ ಒಂದಂಗುಲದಷ್ಟು ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ಎರಡೂ ಪ್ರದೇಶಗಳು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಎದಿರು ಬದಿರಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಇಕ್ಕಟ್ಟಾದ ಸಂದಿಯ ಹಾದಿಯಲ್ಲಿವೆ ಕೂಡ, ಜಠರದಿಂದ ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ಸಾಗುವ ಜಠರ ರಸ ಮಿಶ್ರಿತ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳು ಇಕ್ಕಟ್ಟಾದ ಈ ದ್ವಾರದಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುವಾಗ ಅಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ತರುಚಿದ ಗಾಯಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ಆಮ್ಲದ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯಿಂದ ಇವೇ, ಖಾಯಂ ಹುಣ್ಣುಗಳಾಗುತ್ತವೆಂದು ಸಹಾ ನಂಬಲಾಗಿದೆ. ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮುಂಗರುಳಿನ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು, ಇನ್ನುಳಿದವು ಜಠರದ ಕಿರಿ–ತಿರುವು ಮತ್ತು ಜಠರಾಶಯದಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೪)

ಜಠರದ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮೊದಲು ದುಂಡಾಗಿದ್ದು, ಕಿರಿ ತಿರುವಿನಲ್ಲಿ ಪ್ರಸರಿಸಿ ಅವು ಕ್ರಮೇಣ ಕುದುರೆ ಜೀನಿನ ಆಕಾರ ತಾಳುತ್ತವೆ. ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದುಂಡಗೆ ಅಥವಾ ಅಂಡಾಕಾರವಾಗಿಯೇ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಹುಣ್ಣಿನ ಕೊರೆತ ತಳದ ಕಡೆ ಮೊನಚಾಗಿದ್ದು ತೂತು ಬಿದ್ದಂತೆ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಸುತ್ತಲಿನ ಒಳಪೊರೆ ನುಣುಪಾಗಿದ್ದು ಹುಣ್ಣಿನ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿ ಇಣುಕುತ್ತಿರುವಂತಿರುತ್ತದೆ. ಹುಣ್ಣಿನ ಕೊರೆತ ಜಠರದ ಹೊರ ಬಿಗಿ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆ ಉಂಟು ಮಾಡಿ ಅದು ಸುಕ್ಕು ಗಟ್ಟಿದ ಕಲೆಯಂತೆ ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಒಳಗಡೆ ಹುಣ್ಣಾಗಿರುವುದನ್ನು

ಈ ತೆರನ ಸುಕ್ಕುಗಟ್ಟಿದ ಕಲೆಯಿಂದ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು :

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಬಾಧೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂರು ವಿಧಗಳಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶ (ಎಪಿಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಯಂ)ದಲ್ಲಿ ಅಜೀರ್ಣ ಮತ್ತು "ಹೊಟ್ಟೆಭಾರ"ದಂತಹ ಮಂದಗತಿಯ ವ್ಯಾಪಕ ನೋವು ಮೊದಲನೆಯದು ; ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲವು ನೇರವಾಗಿ ಸ್ಪರ್ಷಿಸುವುದರಿಂದಾಗುವ ಕೆರಳಿಕೆಯ ನೋವು ಇದು. ಎರಡನೆಯದು, ಹುಣ್ಣಿನ ಕೊರೆತ ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆಯನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಉಂಟಾಗುವ "ರಕ್ತವೇರಿಕೆ" (ಹೈಪರೀಮಿಯ) ಮತ್ತು ನರಕೋಶಗಳ ಕೆರಳಿಕೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ನೋವು ; ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹುಣ್ಣಿರುವ ಜಾಗಕ್ಕೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿರಬಹುದಾದ ಈ ತೆರನ ಬಾಧೆ, ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶದ ಬಲಭಾಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಭಾಗವನ್ನು ಅದುಮಿ ಹಿಡಿದಾಗ ಬಾಧೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಶಮನವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹುಣ್ಣಿನ ಕುಳಿಯಲ್ಲಿ ಒರಟಾದ ಆಹಾರದ ತುಣುಕುಗಳು ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ತಿರುಪಿದ ತರಹೆ ಅಥವಾ ಸೆಳೆತದಂತಹ ನೋವು ಮೂರನೆಯದು. ವಾಂತಿಯಾದರೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಜಠರವನ್ನು ತೊಳೆದರೆ ಈ ನೋವು ಉಪಶಮನವಾಗಬಹುದು.

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಬಾಧೆ, ಕೆಲವು ನಿಯಮಿತ ಕಾಲಗಳಲ್ಲಿ ಉಲ್ಬಣಿಸುವುದು, ಮತ್ತೆ ಕೆಲಸಮಯ ಶಾಂತವಾದಂತಾಗುವುದು ಒಂದು ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ. ಕೆಲ ಸಮಯ ಅತ್ಯಂತ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಬೇನೆಯಿಂದ ನರಳುವವರು, ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳು ನೋವಿಲ್ಲದೆ ಆರಾಮವಾಗಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಬರುಬರುತ್ತಾ, ಹುಣ್ಣು ವಿಳಂಬಗತಿಯಿಂದ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದು ಮುಂದೆ ನೋವು ಮತ್ತು ಆರಾಮದ ಅಂತರ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳಾಗುವುದಕ್ಕೆ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಲಿಂಗಭೇದಗಳ ಪರಿಮಿತಿ ಇಲ್ಲ. ೩೦ ರಿಂದ ೬೫ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರದವರಲ್ಲಿ ಅವು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಆಗ ತಾನೇ ಜನಿಸಿದ ಹಸುಕೂಸುಗಳಲ್ಲೂ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳಿದ್ದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ದೇಶದ ಹದಿಹರಯದ ಯುವಕರಲ್ಲೇ ಇವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಎರಡೂ ವಿಧದ ಹುಣ್ಣುಗಳೂ ಮಹಿಳೆಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರಲ್ಲೇ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. "ಓ" ಗುಂಪಿನ ರಕ್ತದವರಲ್ಲೇ (Blood Group 'O') ಇವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು, ಅವು ವಂಶ

ಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆ ಕೂಡಾ ಇದೆ. ಹುಣ್ಣಿದ್ದವರ ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಈ ಶಂಕೆಗೆ ಇಂಬು ಕೊಡುವಂತಿದೆ.

ಜಠರದ ಹುಣ್ಣು : ಮಧ್ಯವಯಸ್ಸಿನ ಗಂಡಸರಲ್ಲೇ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಾಗುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಜೀವಸತ್ವಗಳ ಕೊರತೆ, ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಗಳಿಂದ ನರಳುವ ಬಡಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಹುಣ್ಣು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವಂತಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಳಂಬವಾದರೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದಿದ್ದರೆ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ.

ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ಅರ್ಧಗಂಟೆಯ ಅಂತರದಲ್ಲೇ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿನ ಬಾಧೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಜಠರ ಕೋಶ ಖಾಲಿಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು. "ಆಹಾರ → ನೋವು → ಉಪಶಮನ" ಇದು ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿನವರ ಕ್ರಮಬದ್ಧ ನೋವಿನ ಲಕ್ಷಣ. ವಾಂತಿಯಾದಾಗಲೂ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು. ಹಾಲು, ಸೋಡ, ಮತ್ತು ಕ್ಷಾರೀಯ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆ ನೋವಿನ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ನೋವನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವುದರಿಂದ ಇಂಥವರ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿನ ರೋಗಿ ಕ್ರಮೇಣ ಕ್ಷೀಣಿಸಿ ಬಡಕಲಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣು : ಯುವಕರು ಮತ್ತು ನಡುವಯಸ್ಸಿನ ಗಂಡಸರಲ್ಲೇ ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣುಗಳಾಗುವುದು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಮಹತ್ವಾಕಾಂಕ್ಷೆಗಳ ಬೆನ್ನು ಹತ್ತಿ, ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಗಳ ಸುಳಿಯಲ್ಲಿ ಸದಾ ಸಿಲುಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಜನರೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಈ ಹುಣ್ಣಿನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಜಠರ ಖಾಲಿಯಾದಾಗ ನೋವು ಶುರುವಾಗುತ್ತದೆ. "ಆಹಾರ → ಉಪಶಮನ → ನೋವು" ಇದು ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣಿರುವವರ ನೋವಿನ ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಸರಣಿ. ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯಂತೆಯೇ ಕ್ಷಾರೀಯ ಮತ್ತು ಮನೋಸ್ವಾಸ್ಥಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳ ಉಪಯೋಗ ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣಿನ ರೋಗಿಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿ, ಮೈತುಂಬಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಊಟ ಮಾಡಿ ಮಲಗಿದ ೩-೪ ಗಂಟೆಗಳ ನಂತರ ಜೀರ್ಣಿಸಿ ಜಠರ ಖಾಲಿಯಾಗುವುದರಿಂದ ಬೆಳಗಿನ ಜಾವ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು ಈ ರೋಗಿಗಳು ಎಚ್ಚರವಾಗಿ ಒದ್ದಾಡುತ್ತಾರೆ. ನಾಭಿಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಸ್ವಲ್ಪ ಬಲ ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಈ ಹುಣ್ಣಿನ ನೋವು ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮುಂಗರುಳಿನ

ಹುಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳಿಗಿರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ಗುಣಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಶಂಕಿಸಬಹುದು. ಆದರೂ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಕಾರ್ಯಗತ ಮಾಡಲು ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಭಿನ್ನಾಂಶ ಉಣಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಜಠರದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಸರಾಸರಿ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡುವುದು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಉದ್ದೇಶ. ರೋಗಿ, ಹಿಂದಿನ ರಾತ್ರಿಯೆಲ್ಲಾ ಉಪವಾಸವಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮರುದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ರಬ್ಬರ್ ನಳಿಕೆಯೊಂದನ್ನು ಜಠರದೊಳಗಿಳಿಸಿ ರಾತ್ರಿ ಶೇಖರವಾದ ಜಠರ ರಸವನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆದು ಅದರಲ್ಲಿನ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಳತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ರೋಗಿಗೆ ಅರ್ಧ ಲೀಟರ್ ಗಂಜಿಯನ್ನು ಕುಡಿಸಿ, ಮುಂದೆ ಪ್ರತಿ ೧೫ ನಿಮಿಷಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ ಜಠರದಿಂದ ೧೦ ಘನ ಸೆಂಟಿ ಲೀಟರ್ ಜಠರ ರಸವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಆಹಾರ ಜೀರ್ಣಿಸುವ ರೀತಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಜಠರದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸಿದ ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಬಗೆಯ ಆಮ್ಲಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನೂ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ೦.೫ ಘ.ಸೆಂ.ಲೀ. ಹಿಸ್ಟಮಿನ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನು ನೀಡಿ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಮವನ್ನು ಅಳತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಜಠರದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಿನ ಆಮ್ಲದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣಿನವರಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲದ ಮಟ್ಟ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ ; ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿನವರಲ್ಲಿ ಈ ಮಟ್ಟ ಅಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೀತಿಯ ಆಮ್ಲದ ಮಟ್ಟದ ಅಳತೆ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗಬಹುದಾದ ಜಠರದ ವಿಸ್ತಾರವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸರೇ ಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕವಾದ ಬೇರಿಯಂ ಸಲ್ಫೇಟ್‌ನ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಖಾಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗೆ ಕುಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಎಕ್ಸರೇಯ ಪರದೆಯ ಹಿಂದುಗಡೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ವೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಜಠರದ ಗಾತ್ರ, ಆಕಾರ, ಆಹಾರದ ಚಲನೆ

ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು. ಜಠರ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನೂ ಸಹಾ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಜಠರದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅವುಗಳನ್ನು ಎಕ್ಸರೇ ಫಿಲಂಗಳಲ್ಲಿ ಚಿತ್ರೀಕರಿಸಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬಹುದು. ಹುಣ್ಣಿರುವ ಕುಳಿಯಲ್ಲಿ, ಬೇರಿಯಂನ ತುಣುಕು ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುವುದು, ಜಠರಾಶಯದ ದ್ವಾರ ಹುಣ್ಣಿನಿಂದ ಕುಗ್ಗಿ ಆಹಾರ ಮುಂದೆ ಸಾಗಲು ಅಡಚಣೆಯಾಗಿರುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆ ಜಠರದ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವುದು ಮುಂತಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಈ ತೆರನ ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗುವುದು ಜಠರದ ನೆರಳಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಮೇಲೆ ವಿವರಿಸಿದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಗೋಚರಿಸದಿದ್ದರೆ ಹುಣ್ಣು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ.

ಜಠರ ದರ್ಶಕ ಪರೀಕ್ಷೆ : ದೃಷ್ಟಿ ಗಾಜಿನ ಮಸೂರವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿದ ಲೋಹದ ಉದ್ದನೆಯ ಕೊಳವೆಯನ್ನು ಜಠರದೊಳಗಿಳಿಸಿ ಜಠರದೊಳಗಿನ ಒಂದು ಸೀಮಿತ ಪರಿಧಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಗುರುತಿಸಲು ಹಿಂದೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ನಾರು ಗಾಜಿನ ಜಠರ ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನಿನಿಂದ ಜಠರ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನ ಯಾವ ಭಾಗವನ್ನಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತಿರಬಹುದು. ಹುಣ್ಣಿನಿಂದ ಮಾದರಿ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಯ ಬಗೆಗೆ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ತೊಡಕುಗಳು

ರಕ್ತಸ್ರಾವ : ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ತಳದಲ್ಲಿರುವ ರಕ್ತನಾಳ ಕೊರೆತಕ್ಕೊಳಗಾಗಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಹುಣ್ಣಿನ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವವರು ರಕ್ತ - ವಾಂತಿ ಮಾಡಿದರೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ "ಕರಿಮಲ" (ಮಲೆನ) ವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಹುಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುವುದನ್ನು ಶಂಕಿಸಬಹುದು. ಬಿರುಸಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವವರಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ದೊರೆಯದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯವಾಗಬಹುದು. ಆಸ್ಪಿರಿನ್, ಫೀನೈಲ್ ಬುಟಸೋನ್, ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ನಂತಹ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆ.

ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದವರು ರಕ್ತಹೀನತೆ (ಅನೀಮಿಯಾ)ದಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. ಹುಣ್ಣುಗಳಿಂದ ತೀವ್ರಗತಿಯ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಹುಣ್ಣು ತೂತಾಗುವಿಕೆ : ಹುಣ್ಣಿನಕೊರೆತ ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆಯ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಅದು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಒಡೆದು ತೂತಾಗಬಹುದು (ಫರ್‌ಪೋರೆಷನ್). ತಟ್ಟನೆ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡಕ್ಕೊಳಗಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತೊಡಕು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯ. ಯುದ್ಧ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಬಾಂಬುಗಳನ್ನು ಹಾಕಬಹುದಾದ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಯ ಅರಿವು ಉಂಟಾದ ಕೂಡಲೇ ಈ ತೆರನ ಹುಣ್ಣುಗಳು ತೂತಾದ ನಿದರ್ಶಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿಗಿಂತ ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ತೂತಾಗುವುದು ಏಳುಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿಯೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರಿಗಿಂತ ಪುರುಷರೇ ಇದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಲಿಯಾಗುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು ತೂತಾದಾಗ ಜಠರರಸ ಮತ್ತು ಜಠರದೊಳಗಿನ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಹೊರಬಂದು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕೋಶ ಹಾಗೂ ಇತರ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ರೀತಿಯ ಉರಿಯೂತವನ್ನುಂಟು (ಪೆರಿಟೋನೈಟಿಸ್) ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆ ಊದಿಕೊಂಡು ಅತಿಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತದಲ್ಲದೆ ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ತಲ್ಲಣ (ಷಾಕ್) ಕ್ಕೊಳಗಾಗುತ್ತಾನೆ. ಅತ್ಯಂತ ಲಕ್ಷ್ಯವಿಟ್ಟು ಮಾಡುವ ಬಾಹ್ಯ-ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಎಕ್ಸರೇ ವೀಕ್ಷಣೆಗಳಿಂದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ತಲ್ಲಣದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು, ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೂತನ್ನು ಮುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲ ಕಾಲಾ ನಂತರ ಹುಣ್ಣಿನ ನಮೂನೆಗನುಗುಣವಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಮತ್ತೆ ಜರುಗಿಸ ಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಜಠರಾಶಯದ ದ್ವಾರ ಕುಗ್ಗುವುದು : (ಪೈಲೋರಿಕ್ ಸ್ಟಿನೋಸಿಸ್) ಬಹುಕಾಲದಿಂದ ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣು ಇದ್ದವರ ಜಠರಾಶಯ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗ ಸುಕ್ಕುಗಟ್ಟಿ ಕ್ರಮೇಣ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಜಠರದಿಂದ ಆಹಾರ ಕರುಳಿಗೆ ಸಾಗುವುದಕ್ಕೆ ತಡೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿಯಾಗುವುದು ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಮುನ್ಸೂಚನೆ. ಕಾಲಕ್ರಮೇಣ

ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರ, ನೀರು ಮುಂದೆ ಸಾಗದೆ ಜಠರದಲ್ಲೇ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ ಅದು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಸೇವಿಸಿದ್ದೆಲ್ಲಾ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ವಾಂತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳ ಹಿಂದೆ ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಇರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು, ಲವಣ ಮತ್ತು ಖನಿಜಾಂಶಗಳು ರಕ್ತಗತವಾಗದೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಾರೆ. 'ಕ್ಷಾರ ವಿಷತೆ"ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಉಬ್ಬಿದ ಜಠರದ ಆಕಾರವನ್ನು ಹೊರಗಿನಿಂದಲೇ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅದರ ತರಂಗ ಚಲನೆಯನ್ನು ಸಹಾ ವೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಗಾತ್ರ ಬಹಳಷ್ಟು ಹಿರಿದಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಬೇರಿಯಂನ್ನು ನೀಡಿದ ೪–೬ ಗಂಟೆಗಳ ನಂತರವೂ ಅದು ಜಠರದಲ್ಲೇ ಉಳಿದು ಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಔಷಧೋಪಚಾರ : ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಆರಂಭದ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಅರಿವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತಲೇ ಸೂಕ್ತ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಮತ್ತು ಕ್ರಮವರಿತ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಲು ಶುರುಮಾಡಿದರೆ ಅವು ಮುಂದುವರಿಯದಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಜೊತೆಗೆ ರೋಗಿಗೆ ದೈಹಿಕ ಮತ್ತು ಮಾನಸಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ದೊರಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದೂ ಅತಿ ಮುಖ್ಯ.

ಜಠರ ಮತ್ತು ಅದರಲ್ಲಿರುವ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಕೆರಳಿಸದಂಥ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆ ಹುಣ್ಣು ವಾಸಿಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾರಯುಕ್ತ ಮಸಾಲೆ, ಸಾಂಬಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು, ಕಾಫಿ, ಟೀ, ಮದ್ಯಪಾನ, ಧೂಮಪಾನ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೇ ತ್ಯಜಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹವರು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ಹಾಲನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಅದು ಆಮ್ಲವನ್ನು ತಟಸ್ಥಗೊಳಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳನ್ನೂ ಒದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಒಂದೆರಡು ಗಂಟೆಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಕೆನೆ ಮಿಶ್ರಿತ ಹಾಲು ಸೇವಿಸಬಹುದು.

ಜಠರದ ಆಮ್ಲವನ್ನು ತಟಸ್ಥಗೊಳಿಸಿ, ನೋವನ್ನು ಉಪಶಮನ ಮಾಡಿ, ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮಾಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಔಷಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಉದ್ದೇಶ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಈಗ ಹಲವು ನಮೂನೆಯ ಗುಳಿಗೆಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಸೋಡಾ

ಬೈಕಾರ್ಬೋರ್ನೇಟ್, ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಕಾರ್ಬೋರ್ನೇಟ್, ಮ್ಯಾಗ್ನೇಶಿಯಂ ಕಾರ್ಬೋರ್ನೇಟ್, ಮೆಗ್ನೇಶಿಯಂ ಹೈಡ್ರಾಕ್ಸೈಡ್ ಮುಂತಾದ ಪ್ರತ್ಯಾಮ್ಲೀಯ (ಆ್ಯಂಟಾಸಿಡ್ಸ್) ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಅವು ಬಿಡಿ – ಬಿಡಿಯಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ವಿವಿಧ ಪ್ರಮಾಣದ ಸಂಯುಕ್ತಗಳಾಗಿ ತಯಾರಿಸಿದ ಗುಳಿಗೆಗಳು ಮತ್ತು ಲೋಳೆಯಂಥ ಮದ್ದುಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ನೋವಿನ ಉಪಶಮನಕ್ಕೆ "ಕಂಟಕಾರಿಕೆ" (ಬೆಲ್ಲಡೋನ) ಮದ್ದಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅವುಗಳೊಡನೆ ಸೇರಿಸಿ ತಯಾರು ಮಾಡಬಹುದು. ಇವುಗಳ ಉಪಶಮನ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಪ್ರೊಪಾಂಥಲೀನ್ ಬ್ರೋಮೈಡ್‌ನಂಥ ಕೋಲೀನ್ ಧಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳು ವೇಗಸ್ ನರ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

'ಅತಿಮಧುರ' (ಲಿಕೋರಿಸ್)ದ ಬೇರಿನಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಒಂದು ಮದ್ದು–ಕಾರ್ಬೋರ್ನೆಕ್ಸೋ ಲೋನ್ ಸೋಡಿಯಂ–ಜಠರದ ಹುಣ್ಣು ಮಾಯುವುದಕ್ಕೆ ಅತ್ಯಂತ ಸಹಾಯಕಾರಿಯೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಮೂರು ವಿಧಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿಂದ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಹಗಲೂ ರಾತ್ರಿ ಎಡೆ ಬಿಡದೆ ಸ್ರವಿಸುವ ಜಠರ ರಸಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಪ್ರಭಾವಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ ಮದ್ದುಗಳ ಸರಣಿಯೊಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿವೆ. ಜಠರ ರಸ ತಯಾರಿಕೆಯ ಪ್ರಚೋದನೆಗೆ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವಾದ ಹಿಸ್ಟಮಿನ್‌ನನ್ನು ಅದು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಮೊದಲೇ ಧಮನಗೊಳಿಸುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣ (H2-Receptor Antagonists) ಈ ಸರಣಿಯ ಮದ್ದುಗಳಿಗಿದೆ. ಈ ಸರಣಿಯಲ್ಲಿ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸಿಮಿಟಿಡೀನ್, ರ್‍ಯಾನಿಟಿಡೀನ್, ಫಾಮೋಟಿಡೀನ್ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ಸೇವಿಸಿದ ೬–೮ ವಾರಗಳೊಳಗೇ ಹುಣ್ಣುಗಳು ವಾಸಿಯಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಬೆಲೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದುಬಾರಿಯಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ಅವುಗಳ ಸೇವನೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ರೋಗಿ ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಜೀವನ ಶೈಲಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನೇ ಮತ್ತೆ ಮುಂದುವರಿಸಿದರೆ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾಂಪೈಲೋ ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾ ಎಂಬ ರೋಗಾಣುಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೂ ಟ್ರೈಪೊಟಾಸಿಯಂ ರಾಸಾಯನಿಕದ ಸಂಯುಕ್ತದಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಮದ್ದು "ಟ್ರೈಮೊ" ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡುತಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಹಿಸ್ಟಮಿನ್ ಧಮನಿಕ ಸರಣಿಯ ಮದ್ದುಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಪ್ರಭಾವ ಶಾಲಿಯಾದ

"ಒಮೆಪ್ರೊಜೋಲ್" ಎಂಬ ಔಷಧವೊಂದು ಬಳಕೆಗೆ ಬರುತ್ತಿದ್ದು ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಅವಕ್ಕಿಂತಲೂ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ವಾಸಿಮಾಡುವ ವರದಿಗಳಿವೆ.

ಈ ತನಕ ವಿವರಿಸಿದ ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕ ಹಾಗೂ ಸಂರಕ್ಷಕ ಮದ್ದುಗಳ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಪಥ್ಯಾಹಾರಗಳಿಂದ ೨-೩ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ವಾಸಿಯಾಗುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಂಡುಬರದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹುಣ್ಣುಗಳ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ಮರುಕಳಿಸುವುದು, ತೊಡಕುಗಳ ಉದ್ಭವ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಅನುಮಾನ, ಹಾಗೂ ಹುಣ್ಣಿನ ಬೇನೆಯಿಂದ ರೋಗಿಯ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗುವಂತಹ ಅಂಶಗಳು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು (ಚಿತ್ರ ೧೭)

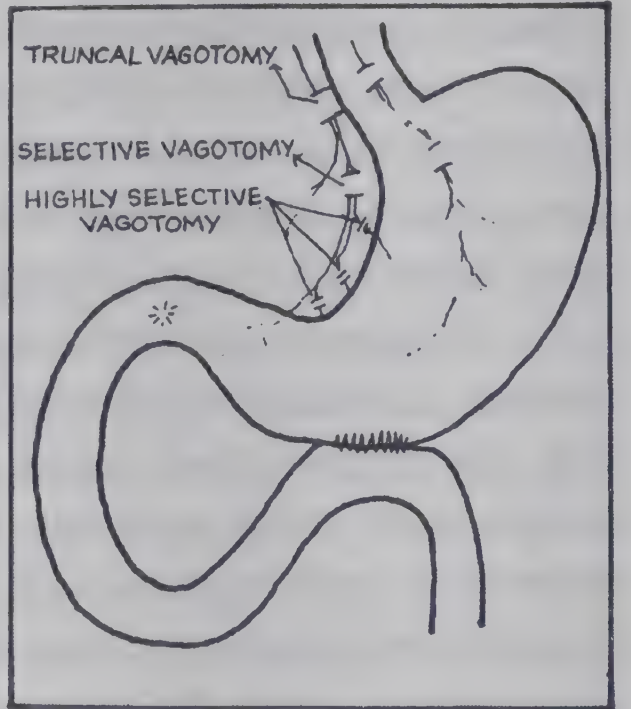
ಹುಣ್ಣುಗಳು ಇರುವ ಜಾಗ ಮತ್ತು ಜಠರದಲ್ಲಿ ಆಮ್ಲ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ಜೀವಕೋಶಗಳಿರುವ ಬಹುಪಾಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದೇ, ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದಲೂ ಇತ್ತು. ಜಠರದ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ "ಆಂಶಿಕ ಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರೆಕ್ಟೆಮಿ" (Partial Gastrectomy) ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರದ ತೊಡುಕುಗಳ ಪರಿಣಾಮ ಹುಣ್ಣುಗಳ ತೊಂದರೆಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಅಧಿಕವಾಗುತ್ತವೆಂಬುದರ ಅರಿವು ಉಂಟಾದ ಮೇಲೆ ಅದನ್ನೀಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿಲ್ಲ. ಈಗ ಕೆಲವು ತೆರನ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣು ಮತ್ತು ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇದ್ದವರಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಜರುಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಜಠರದಲ್ಲಿನ ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ವೇಗಸ್ ನರಗಳನ್ನು ವಿವಿಧ ಮಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ – ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿವೆ. ಅನ್ನನಾಳದ ಹೊರಮೈಯಲ್ಲಿ ಹರಿದು ಜಠರಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುವ ಎರಡು ವೇಗಸ್ ನರಗಳ ಬುಡಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ವಿಧಾನ ೧೯೪೩ರಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. ಜಠರದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಚಲನೆಯಲ್ಲೂ ಈ ನರಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯ ಪ್ರಭಾವಕ್ಕೊಳಗಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಆಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ, ನೋವು ಶಮನವಾದರೂ, ಜಠರದಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಚಲನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಲಾರಂಭಿಸಿತು. ಈ ತೊಡಕನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಲು ಜಠರಾಶಯ

ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಆದಿಭಾಗವನ್ನು (ಬರಿಗರುಳು) ಜೋಡಿಸಿ ಹೊಲಿದು ಅವೆರಡರ ನಡುವೆ ತೂತುಮಾಡಿ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ವಿಧಾನ (Vagotomy and Gastrojejunostomy) ಜಾರಿಗೆ ಬಂದಿತು. ಇದಕ್ಕೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಜಠರಾಶಯವನ್ನು ಉದ್ದವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ, ಅದನ್ನೇ ತಿರುಗಿ ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಹೊಲಿಯುವುದರಿಂದ (ಪೈಲೋರೋ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿ) ಅದರ ದ್ವಾರ ಅಗಲವಾಗಿ ಆಹಾರ ಚಲನೆಗೆ ಅಡಚಣೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಅನುಸರಿಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ವೇಗಸ್ ನರಗಳ ಬುಡಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವುದರಿಂದ, ಆ ನರಗಳಿಂದ ಯಕೃತ್ತು ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಕರುಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ಕವಲುಗಳನ್ನೂ ಕತ್ತರಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಇದರಿಂದ ಯಕೃತ್ತು ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಕರುಳಗಳ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಯಲ್ಲಿ ಏರುಪೇರುಗಳಾಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಈ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು, ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ನಡೆಸಿದ ಪ್ರಯೋಗಗಳ ಪ್ರತಿಫಲಗಳ ಅನುಭವದಿಂದ ಜಠರದಲ್ಲಿ ನರಗಳ ಕವಲುಗಳನ್ನು ಮಾತ್ರ ಕತ್ತರಿಸುವ ಹಲವು ವಿಧಾನಗಳು (Selective Vagotomy/Parietal-Cell Vagotomy) ಈಗ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಹಿಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳುಂಟಾಗುತ್ತಿವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೭)

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ...





ಚಿತ್ರ ೧೭. (ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು) ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು : ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಆಧುನಿಕ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪಾಲು ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತೃಪ್ತಿಕರ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತಿರಬಹುದಾದರೂ, ಶೇ. ೧೦ ರಿಂದ ೩೦ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳಾಗಬಹುದು.

ಜಠರದ ಸ್ವಲ್ಪ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದವರಲ್ಲಿ ಆಹಾರಕ್ಕೆ ಸ್ಥಳಾವಕಾಶ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರದ ಚಲನೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗಲು ಜಠರ ಮತ್ತು ಕರುಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ತೂತು ಮಾಡಿದವರಲ್ಲಿ, ಆಹಾರವನ್ನು ಜಠರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ನಿಲ್ಲಿಸುವ ನಿಯಂತ್ರಣವಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ, ಅಲ್ಲಿಂದ ಆಹಾರ ಬಹು ಬೇಗನೆ ರಭಸದಿಂದ ಕರುಳಿಗೆ ನುಗ್ಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವು, ವಾಂತಿ, ಭೇದಿ ಮತ್ತು ಸುಸ್ತಾಗುವುದು ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ – "ಡಂಪಿಂಗ್ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿ" ಊಟದ ನಂತರ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಸಕ್ಕರೆ ಮತ್ತು ಪಿಷ್ಟದ ಅಂಶಗಳಿರುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸದಿರುವುದರಿಂದ ಆ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಬಹುದು.

ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಜಠರ ಮತ್ತು ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ತಂಗದೆ. ಶೀಘ್ರಗತಿಯಿಂದ ಮುಂದೆ ಮುಂದೆ ಚಲಿಸುವುದರಿಂದ ಬಹುಪಾಲು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು ರಕ್ತಗತವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರು ರಕ್ತ ಹೀನತೆ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಸದಾ ನರಳುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಿರುವ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳು ಮತ್ತು ಪೂರಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸದಾ ಸೇವಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿದರೂ ಶೇ. ೫ ರಿಂದ ೨೫ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಅವು ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಅವು ಮರುಕಳಿಸುವ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಆಶಾದಾಯಕ ಸಂಗತಿ.

ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳು ನವನಾಗರಿಕತೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳಿಂದ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ನಮ್ಮ ಜೀವನ ಶೈಲಿ ಮತ್ತು ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳ ಪರಿಣಾಮದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಒಗ್ಗದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ ಮತ್ತು ನ್ಯೂನಪೋಷಣೆ ಅವುಗಳ ಉಗಮಕ್ಕೆ ನಾಂದಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕ್ರಮಬದ್ಧ ಹಾಗೂ ನೆಮ್ಮದಿಯ ಜೀವನ ಕ್ರಮ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯದ ನಿಯಮಗಳ ಅನುಸರಣೆಯಿಂದ ಅವು ಉದ್ಭವವಾಗವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು

ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಹುಣ್ಣಾದವರಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಮದ್ದುಗಳು ಹಾಗೂ ಯಶಸ್ವೀ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ, ಮಾನವ ಜನಾಂಗ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನಿರಾಶಾ ಭಾವನೆ ತಳೆಯುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲ.

* * * *

೧೨. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು

ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗಿವೆ ಎಂದಾಗ ಸೋಜಿಗವಾಗುತ್ತದೆ. ನಾವು ಸೇವಿರುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಲ್ಲಿ ಕಲಬೆರಕೆಯಾದ ಕಲ್ಲುಗಳೇ ಇವಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ನಂಬುವವರೂ ಈಗಲೂ ಇದ್ದಾರೆ !

ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳುಂಟಾಗಿದ್ದ ಪ್ರಕರಣಗಳ ದಾಖಲೆ ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಇವೆ. ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಮಮ್ಮಿಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಇತರ ಪುರಾತನ ಮಾನವ ಅವಶೇಷಗಳಲ್ಲೂ ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ.

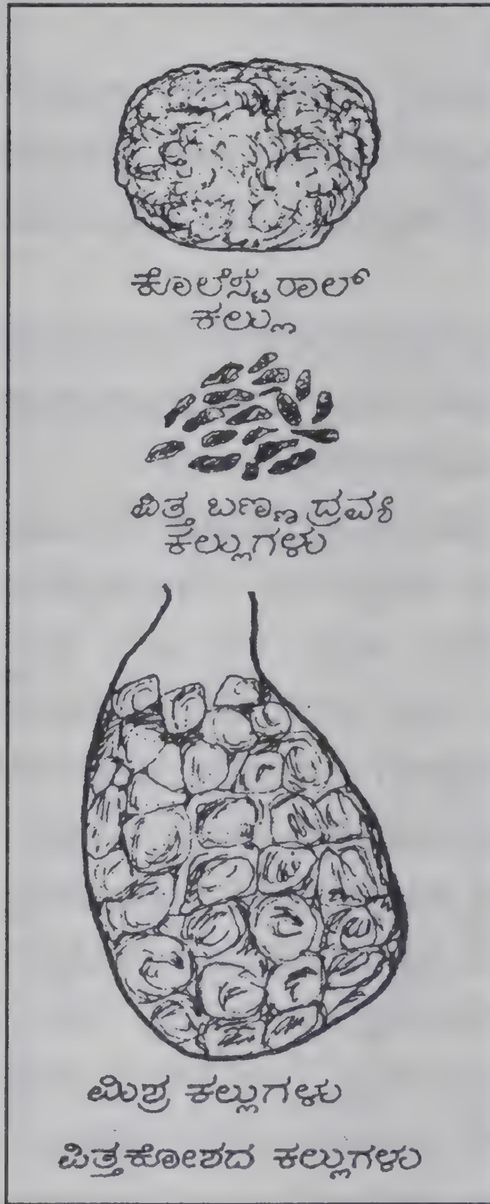
ಆಧುನಿಕ ಯುಗದಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳುಂಟಾಗುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆಯೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ನಮ್ಮ ಆಹಾರದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳೇ ಈ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂಬುದೂ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ.

ನಾಗರಿಕತೆ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಸುಮಾರು ಒಂದೂವರೆ ಕೋಟಿ ಜನ ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಆ ಸಲುವಾಗಿ ಸುಮಾರು ಐದು ಲಕ್ಷ ಜನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆರು ಸಾವಿರ ಜನ ಅದರ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ಸಾಯುತ್ತಾರೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಆ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ದಾಖಲಾಗುವವರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯವರದ್ದು ನಾಲ್ಕನೆಯ ಸ್ಥಾನ, ಅಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜರುಗುವ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ನಂತರ ಪಿತ್ತಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಎರಡನೆಯ ಸ್ಥಾನವಿದೆಯೆಂದರೆ ಸಮಸ್ಯೆಯ ಅಗಾಧತೆಯ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಮಸ್ಯೆ ಅಷ್ಟೊಂದು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಇಲ್ಲಿಯ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲಿ ಅದಕ್ಕೆ ಪ್ರಮುಖ ಸ್ಥಾನವಿದೆ. ದಕ್ಷಿಣದವರಿಗಿಂತ ಉತ್ತರ ಭಾರತವಾಸಿಗಳಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು, ಅಮೆರಿಕ, ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಸ್ಕಾಂಡಿನೇವಿಯಾ ಜಪಾನ್‌ಗಳಂತಹ ಶ್ರೀಮಂತ ದೇಶಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಉಪಟಳ

ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು, ಈಜಿಪ್ಟ್‌ನಂಥ ಬಡರಾಷ್ಟ್ರದ ಜನರಲ್ಲಿ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಜನರ ಶ್ರೀಮಂತಿಕೆ, ಜೀವನ ಶೈಲಿ ಹಾಗೂ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ನಮೂನೆಗಳಿಗೆ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿರಬಹುದೆಂಬುದೇ ಈ ತೆರನ ಭೌಗೋಳಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಬಹುದು.

ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಾರಣಗಳು

ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿರುವ ವಿವಿಧ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪರಸ್ಪರ ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯಾಗುವ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮತ್ತು ಸಮತೋಲನವಿರುವವರೆಗೆ ಪಿತ್ತರಸ ದ್ರವರೂಪದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳುಂಟಾಗುವ ಕೆಲವು ರಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಹರಳುಗಟ್ಟಿ ಬೇರ್ಪಡುವುದೇ ಮೂಲಭೂತವಾಗಿ ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.



ಚಿತ್ರ ೧೮. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು

ಕೊಲೆಸ್ಟಾರಾಲ್ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತ ಬಣ್ಣದ್ರವ್ಯಗಳು ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಕರಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಂಕರಣ (Complex) ಮತ್ತು ಸಂಯುಕ್ತವಸ್ತುಗಳು (Compunds) ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಮಾತ್ರ ಅವು ಕರಗಿದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಏರುಪೇರಾದಾಗ ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿ ಅತಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಹರಳುಗಳು (Crystals) ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಮೊದಲು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಕಾಣಿಸದಷ್ಟು ಚಿಕ್ಕದಾದ ಈ ಹರಳುಗಳೇ ಮುಂದೆ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಘನೀಕರಿಸಿ ಕಲ್ಲುಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೮)

ಕೊಲೆಸ್ಟಾರಾಲ್ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಾಮ್ಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ೧:೧೨ರ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದಾಗ ಒಂದರಲ್ಲೊಂದು ಕರಗಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವೆರಡರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಒಂದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು – ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ, ಕೊಲೆಸ್ಟ್ರಾರಾಲ್ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಹಲ್ಲೆಗಳಾಗಿ ಘನೀಕರಿಸುತ್ತದೆ. ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸುವವರ ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿ ; ಸಕ್ಕರೆ ಅಂಶ ಜಾಸ್ತಿ ಇರುವ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವವರಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಾಮ್ಲದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾದಾಗಲೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಾಮ್ಲ ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಏರ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಿಣಿಯರಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತರಸದ ಚಲನೆ ಮಂದವಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಾರೀಯ ಲಕ್ಷಣದ ಪಿತ್ತರಸದ ಕ್ಷಾರಾಮ್ಲ ಮಾನ (pH) ಆಮ್ಲೀಯ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಿರುಗುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಲೂ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಾಮ್ಲಗಳ ಸಂಬಂಧ ಏರುಪೇರಾಗಿ, ಕೊಲೆಸ್ಟಾಲ್ ಹರಳುಗಳು ಘನೀಕರಿಸಬಹುದು. ತಿಳಿ ಹಸಿರು ಅಥವಾ ಬೆಳ್ಳಗಿರುವ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು "ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಕಲ್ಲು"ಗಳೆಂದೇ ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅವು ಗೋಲಿಯಂತೆ ದುಂಡಗಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದರಿಂದ ಮುರ್‍ನಾಲ್ಕು ಕಲ್ಲುಗಳು ಒಂದೇ ಸಾರಿ ನೋಡ ಸಿಗಬಹುದು. ಕೋಳಿ ಮೊಟ್ಟೆಯ ಗಾತ್ರದ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದ ದಾಖಲೆಗಳೂ ಇವೆ. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ.

ಪಿತ್ತಬಣ್ಣದ್ರವ್ಯದ ಕರಗುವಿಕೆಯಲ್ಲಾಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದಲೂ ಇಂತಹವೇ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಮಲೇರಿಯಾ, ಅನುವಂಶಿಕ ಸ್ಪಿರೋಸೈಟೋಸಿಸ್‌ನಂಥ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ನರಳುವವರಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಲಯವಾಗುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದ ಪಿತ್ತಬಣ್ಣದ್ರವ್ಯವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ದ್ರವ್ಯವೂ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಬಿಲಿರುಬಿನ್ ಜೊತೆ ಸಂಗಮವಾಗಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಕಲ್ಲುಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುತ್ತವೆ. ಅವೇ ಮುಂದೆ ಪಿತ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶಗಳಿಗೆ ಇಳಿದು ಹಿರಿದಾಗಿ "ಪಿತ್ತಬಣ್ಣದ್ರವ್ಯ ಕಲ್ಲು"ಗಳೆಂದು (Pigment Stones) ಕರೆಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಯಕೃತ್ತಿನ ಸಿರ್ಹೋಸಿಸ್, ಪಿತ್ತರಸದ ಮಂದ ಚಾಲನೆ ಇರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು, ಪಿತ್ತಕೋಶದೊಳಗಡೆ ಪರೋಪಜೀವಿಗಳ ವಾಸ್ತವ್ಯ ಮುಂತಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ ಈ ತೆರನ ಕಲ್ಲುಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಸುಮಾರು ೨–೫ ಮಿಲಿ ಮೀಟರ್ ಗಾತ್ರದ ಈ

ಕಲ್ಲುಗಳು ಸಾವಿರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ಕಂದು ಬಣ್ಣ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೧೫ ರಷ್ಟು.

ಪಿತ್ತಕೋಶಕ್ಕೆ ಕೆಲ ಸಾರಿ ತಗಲುವ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಅದರೊಳಗೆ ಅತಿ ಸಣ್ಣ ಕೀವಿನ ಹನಿಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದುಂಟು. ಈ ಹನಿಗಳ ಸುತ್ತ ಪಿತ್ತರಸದ ಕೆಲವು ಸಾಮಾಗ್ರಿಗಳು ಅಂಟಿಕೊಂಡಾಗ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಬಿಡಿ-ಬಿಡಿ ರೋಗಾಣುಗಳ ಸುತ್ತಲೂ ಸಹಾ ಇಂತಹದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಏರ್ಪಡುವುದುಂಟು. ಅವೇ ಮುಂದೆ ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದು "ಮಿಶ್ರಕಲ್ಲು" (Mixed Stones)ಗಳೆನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವು ನೂರಾರು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಒತ್ತಾಗಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಚಪ್ಪಟೆಯಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ವಿವಿಧ ಕೋನಾಕೃತಿಯನ್ನು ತಾಳಿರುತ್ತವೆ. ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಕಾಲಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾದ ಸೋಂಕಿನ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳು ತಯಾರಾಗುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರ ಒಂದೇ ಸಮನಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೭೫ ರಿಂದ ೮೦ ರಷ್ಟು.

ಹೆಚ್ಚಿನ ಕಲ್ಲುಗಳು ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲೇ ಕಂಡು ಬರುವುದಾದರೂ, ಪಿತ್ತ ನಾಳಗಳಲ್ಲೂ ಅವು ಕೆಲವು ಸಾರಿ ವಾಸ್ತವ್ಯ ಮಾಡಿರುವುದುಂಟು. ಪಿತ್ತ ಕೋಶದಲ್ಲಿದ್ದ ಕಿರಿಯ ಕಲ್ಲುಗಳೇ ಪಿತ್ತ ರಸದ ಚಲನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತನಾಳಗಳಿಗೆ ತಳ್ಳಲ್ಪಟ್ಟು ಅಲ್ಲಿ ಅವು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ವು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಪಿತ್ತನಾಳದ ದ್ವಾರದಿಂದ ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ಪಿತ್ತರಸ ಹರಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟು ಮಾಡಿದಾಗ ರೋಗಿಯ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳಗಳಿಂದ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬರುವ ಪಿತ್ತ-ಬಣ್ಣ ದ್ರವ್ಯದ ಕಲ್ಲುಗಳೂ ಇಂಥ ಅಡಚಣೆಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಈ ತೆರನ ಕಲ್ಲುಗಳು ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ಪಿತ್ತನಾಳ ಸೇರುವ ಕಡೆ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಅತಿಯಾದ ಬೇನೆ, ಜ್ವರ ಮತ್ತು ತೀವ್ರಗತಿ ಅರಶಿನ ಕಾಮಲೆಗೂ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರವಿಲ್ಲ ; ಲಿಂಗ ಬೇಧಗಳಿಲ್ಲ. ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಆದರೂ ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲೂ ಅವು ಇದ್ದ ಪ್ರಕರಣಗಳ ದಾಖಲೆ ಇವೆ. ೩೦-೪೦ರ ನಡು ವಯಸ್ಸಿನ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಈ

ಕಲ್ಲುಗಳ ಬೇನೆಯಿಂದ ನರಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವುದಾದರೂ, ೭೦ ವರ್ಷದವರೆಗಿನ ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕೇವಲ ಶೇ. ೨ರಷ್ಟು ! ಸ್ಥೂಲ ಕಾಯದ, ಸ್ಫುರದ್ರೂಪಿ, ನಲವತ್ತರ ಪ್ರಾಯದ ಬಹುಮಕ್ಕಳ ತಾಯಂದಿರಲ್ಲೇ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನ ಐದು F ಅಕ್ಷರಗಳು Fat, Fair, Fertile, Female of Forty ವೈದ್ಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳ ನೆನಪಿನ ಸಂಕೇತವಾಗಿರುವುದೆಷ್ಟು ಸಮಂಜಸ !

ಭೋಜನದ ಕೆಲ ಸಮಯದ ನಂತರ ಹೊಟ್ಟೆ ಉಬ್ಬರಿಸಿ ತೇಗು ಬಂರುವಂತಾಗುವುದು, ಎದೆ ಉರಿತದಂಥ ಅಜೀರ್ಣ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲು ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶಮರಿತಗಳಿಂದ ನರಳುವವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ದೂರುಗಳು, ಕೊಬ್ಬಿನ ಅಂಶ ಅತಿಯಾಗಿರುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗಲಂತೂ ಅವರ ಗೋಣಗಾಟ ಹೇಳತೀರದು. ಅವರಲ್ಲನೇಕರಿಗೆ ಎಣ್ಣೆ, ಬೆಣ್ಣೆ, ತುಪ್ಪ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದ ಕರಿದ ಖಾದ್ಯ ತಿಂಡಿ ತಿನಿಸುಗಳು ಹಿಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ ; ಅವನ್ನು ಇಷ್ಟಪಟ್ಟು ತಿನ್ನುವುದಿಲ್ಲ.

ಬಲ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಚಳುಕಿನಂಥ ನೋವು ಬಂದು ಹೋಗುವುದು, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವುದರ ಪ್ರಮುಖ ಸಂಕೇತ. ಪಿತ್ತಕೋಶ ಸಂಕುಚನಗೊಂಡಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಅದರೊಳಗಿನ ಕಲ್ಲುಗಳು ಅದುರಿದಂತಾಗುತ್ತವೆ. ಇಲ್ಲವೆ ಅವು ಮುಂದೂಡಲ್ಪಟ್ಟು ಪಿತ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ತರಹದ ಚಲನೆಯೇ ಚಳುಕಿನ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ. ತಾಳಲಾರದ ಸೆಳೆತ, ಚೂರಿಯಿಂದ ಇರಿದಂತಾಗುವ ಭೀಕರ ಬೇನೆ ಕೆಲಸಾರಿ ನಿಮಿಷ-ನಿಮಿಷ ಬಿಟ್ಟು ಬರುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ವಿಲಿ ವಿಲಿ ಒದ್ದಾಡುತ್ತಾನೆ. ಮುಂದೆ ಸಂಕುಚನ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ನೋವು ಮರುಕಳಿಸುವ ಭಯದಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪವೂ ಅಲುಗಾಡದೆ ಮುದುಡಿ ಮಲಗುತ್ತಾನೆ. ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಕಲ್ಲು ಮುಂದೆ ಮುಂಗರುಳಿಗೆ ಅಥವಾ ಮತ್ತೆ ಪಿತ್ತಕೋಶಕ್ಕೆ ಜಾರಿದರೆ, ಬೇನೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ರೋಗಿ ಯಥಾಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತಾನೆ. ನೋವಿರುವಾಗ ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಚಳುಕಿನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಬೆವರಿ, ರೋಗಿ ತಲ್ಲಣಕ್ಕೊಳಗಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಸೆಳೆತ ಹೊಟ್ಟೆಗೇ ಸೀಮಿತವಾಗಿರದೇ ಬಲಗಡೆಯ ಬೆನ್ನಿಗೆ ಪ್ರಸರಿಸಬಹುದು. ದೂರದ ಬಲ ಭುಜ ಮತ್ತ ಎರಡು ಹೆಗಲೆಲುಬುಗಳ ನಡುವೆಯ ಬೆನ್ನಿನಲ್ಲೂ ಕಾಣಿಸಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ಎಡಭಾಗ ಗುಂಡಿಗೆಯ

ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ ಹೃದಯಾಘಾತದ ಲಕ್ಷಣವಿರುವಂತೆ ಭಾಸವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಇವೆಲ್ಲಾ ಗೊಂದಲಮಯ ವಾತಾವರಣಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಬೇನೆ ಅತಿಯಾಗಿ ಕೆರಳಿದಾಗ, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಊದಿಕೊಂಡು ಎದೆಯ ಗೂಡಿನ ಕೆಳಗೆ ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಮೃದು ಸ್ಪರ್ಶದಿಂದ ಮುಟ್ಟಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಕಲ್ಲುಗಳು ಪಿತ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಕಾಲ ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗ ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಹಳದಿಯಾಗಿ ಅರಸಿನ ಕಾಮಲೆ ಮತ್ತು ಜ್ವರ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಇದ್ದರೂ, ಅವು ಯಾವ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೂ ಪ್ರಕಟಗೊಳಿಸದೆ ಶಾಂತವಾಗಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಕಲ್ಲಿರುವ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬರುವವರಷ್ಟೇ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಯಾವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನೂ ತೋರಿಸದ ಅಜ್ಞಾತ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವರೂ ಇರಬಹುದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಬೇರಾವುದೋ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಂಡಾಗ ಅವು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಮುಂದೆ ಯಾವಾಗಲೂ ಅವುಗಳಿಂದ ತೊಂದರೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಲಾಗದು.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಪಿತ್ತಕೋಶದುರಿತ (ಕೊಲೀಸಿಸ್ಟೈಟಿಸ್) ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಂದೇ ತೆರನವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದರಿಂದ ಇನ್ನೊಂದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಸುಲಭವಲ್ಲ. ಎರಡೂ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಅಂತಿಮ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಒಂದೇ ತರಹದ್ದಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಶ್ರಮವಹಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ.

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಬಹುಪಾಲು ಕಲ್ಲುಗಳು ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪತ್ತೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ ವೆಂದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಶೇ. ೧೫–೨೫ರಷ್ಟು ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಮಾತ್ರ ಸಾದಾ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಪಿತ್ತರಸದ ಜೊತೆ ಸ್ರವಿಸುವ ಹಾಗೂ ಎಕ್ಸರೇ ಕಿರಣಗಳಿಗೆ ಅಗೋಚರ (Radio Opaque) ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ನೀಡಿ (ಬಾಯಿ ಅಥವಾ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕ) ನಿಗದಿತ ಸಮಯದ ಅಂತರದಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸರೇ ಚಿತ್ರಪಟಗಳನ್ನು ತೆಗೆದಾಗ ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತನಾಳಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾದಾ ಚಿತ್ರಪಟದಲ್ಲಿ

ಅಗೋಚರವಾದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಕರಿನೆರಳುಗಳಾಗಿ (Negative Shadows) ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. (ಕೋಲಿಸಿಸ್ಟೋಗ್ರಾಂ).

ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಲಭ್ಯವಿರುವ "ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ಧ ತರಂಗ" (ಆಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್) ದರ್ಶಕ, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪತ್ತೆಯಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡುತ್ತಿದೆ. ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ದ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾಯಿಸಿದಾಗ ಅವು ಕಲ್ಲುಗಳಿಗೆ ಬಡಿದು ವಾಪಾಸಾಗುವಾಗ ಮೂಡುವ ದೃಶ್ಯದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು ಮತ್ತಿತರ ಕೆಲವು ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಯಕೃತ್ತು ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶಗಳ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿರುವ ಜಠರ, ಮೇದೋಜೀರಕ, ಕರುಳು, ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್, ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ ಇತ್ಯಾದಿ ಅವಯವಗಳ ನೋವಿನ ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಕೆಲಸಾರಿ ಜಟಿಲ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಲಭ್ಯವಿರುವ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನೂ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೃದಯದ ವ್ಯಾಧಿಗಳೂ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಹೋಲುವುದರಿಂದ ಈ.ಸಿ.ಜಿ (E.C.G)ಯಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಯೂ ಇರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ ತೀವ್ರ ತರಹೆಯ ಬೇನೆಯಿಂದ ಒದ್ದಾಡುವ ರೋಗಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ತುರ್ತು ಹಾಗೂ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿ ನೋವು ನಿವಾರಕ, ಶಮನಿಕ ಮತ್ತು ನಿದ್ರಾಜನಕ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಔಷಧ ಪ್ರಯೋಗಗಳಿಂದ ಕರಗಿಸುವ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ಪ್ರಯತ್ನಗಳು ನಡೆದಿವೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳಿಂದ ತೃಪ್ತಿಕರವಾದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಇನ್ನೂ ದೊರೆತಿಲ್ಲ. ಚಿನೊ – ಡೀಆಕ್ಸೀಕೋಲಿಕ್ ಎಂಬ ಪಿತ್ತ ಲವಣ, ಪಿತ್ತರಸದಲ್ಲಿನ ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೊಂದಿದೆ. ಅದನ್ನು ಒಂದೆರಡು ವರ್ಷಗಳು ಸತತವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕಲ್ಲುಗಳು ಕರಗಿ ಹೋದ ನಿದರ್ಶನಗಳ ವರದಿಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ಅದರ ಸೇವನೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ನಂತರ ಕಲ್ಲುಗಳು ಮರುಕಳಿಸಿದವು. ಅವುಗಳ ನಿರಂತರ ಬಳಕೆ ಯಕೃತ್ತಿಗೆ ಹಾನಿಯುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ.

ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ದ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಮೂತ್ರಾಂಗ

ಮಂಡಲ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತಕೋಶಗಳ ಕಲ್ಲುಗಳ ಮೇಲೆ ಹಾಯಿಸಿ ಅವನ್ನು ಪುಡಿ-ಪುಡಿ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿವೆ. ಇದಕ್ಕೆ "ಆಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಲಿಥೋಟ್ರಿಪ್ಸಿ" ಎಂದು ಹೆಸರು. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ಮದ್ದನ್ನೂ ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ ; ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ಧ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಕಲ್ಲುಗಳಿಗೆ ಬಡಿಯುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅವು ಪುಡಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ದೊಡ್ಡ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿದ್ದು, ಬಹಳ ದುಬಾರಿ ಸಾಧನಗಳಾದ್ದರಿಂದ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ನಿಲುಕುವಂತಿಲ್ಲ.

ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತನಾಳಗಳ ಕಲ್ಲುಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಇರುವವರಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವೇ ಈಗ ಸರಿಯಾದ ಮಾರ್ಗ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮೊದಲು ಅವರ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಯಕೃತ್ತಿನ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿದ್ದರೆ ಅವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಬೇಕು. ಅರಶಿನ ಕಾಮಲೆಯಂತಹ ತೊಡಕುಗಳಿದ್ದರೆ ಅವಕ್ಕೂ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆದ ನಂತರವೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕಲ್ಲುಗಳ ಸಮೇತ ಪಿತ್ತಕೋಶವನ್ನು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪಿತ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವ ಅನುಮಾನವಿದ್ದಾಗ ಅದನ್ನು ತೆರೆದು ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಯುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಏರ್ಪಾಟುಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪಿತ್ತಕೋಶವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಿದ ನಂತರ ಯಕೃತ್ತಿನಿಂದ ಪಿತ್ತರಸ, ಪಿತ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ನೇರವಾಗಿ ಮುಂಗರುಳನ್ನು ಸೇರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ತೀರಾ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಾರುಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ (ಉದರದರ್ಶಕ) ದುರ್ಬೀನನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತೂರಿಸಿ ಪಿತ್ತಕೋಶವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಹೊರ ತೆಗೆಯುವ ಕಾರ್ಯ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಅಂತಹ ದುರ್ಬೀನಿಗೆ ಪಿತ್ತಕೋಶವಿರುವ ಜಾಕ್ಕೆ ಸಾಕಷ್ಟು ಬೆಳಕು ಹಾಯಿಸುವ, ಕತ್ತರಿಸುವ, ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತರುವ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನು ಜೋಡಿಸಲಾಗಿರುತ್ತದೆ. ನುರಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು, ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನೀಗ ಜರುಗಿಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಸಾಂಪ್ರದಾಯಿಕವಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೆರೆದು ಜರುಗಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ ನೋವು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ಸಮಯ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಪಿತ್ತನಾಳಗಳ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ತೀರಾ ಸರಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಯಾವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಗೊಳಿಸದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಇರುವಿಕೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಅವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಬಗೆಗೆ ತಜ್ಞರಲ್ಲೂ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿವೆ. ಅತಿ ದೊಡ್ಡ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವವರು, ಸುಣ್ಣಗಟ್ಟಿದ ಪಿತ್ತಕೋಶ (Calcified), ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಮುಂತಾದ ತೊಡಕುಗಳಿರುವವರಿಗೆ ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಒಳ್ಳೆಯದಿರುವಾಗಲೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬಹುದು ; ಇನ್ನುಳಿದವರಿಗೆ ಕಾದು ನೋಡುವ ಧೋರಣೆ ಸರಿಯೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ತೊಡಕುಗಳು

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವವರಲ್ಲಿ ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ಜ್ವರ ಬರುವುದು, ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಉರಿತ ಉಂಟಾಗುವುದು, ಅರಸಿನ ಕಾಮಾಲೆಯಂತಹ ತೊಡಕುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಉರಿಯೂತದಿಂದ ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಯೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಅವೆರಡು ತೂತಾಗಿ ಸಂಪರ್ಕವೇರ್ಪಡುವುದೂ ಉಂಟು. ಅಂತಹವರ ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿದ್ದ ಕಲ್ಲು ಕರುಳಿನೊಳಗೆ ನುಸುಳಿಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆ – "ಕರುಳು ತಡೆ" (Gall Stone Ileus) ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರ ಹಿರಿಯ ಪಿತ್ತನಾಳದ ಒಳ ವ್ಯಾಸ ಕಿರಿದಾಗಿ ಪಿತ್ತರಸದ ಅನಿರ್ಬಂಧಿತ ಚಲನೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗಲೂ ಬಹುದು. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಪಿತ್ತನಾಳದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಹೊಸದಾಗಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಕಾಲ ಕಲ್ಲುಗಳು ನೆಲೆಯಾಗಿದ್ದಾಗ ಕಲ್ಲುಗಳ ಸತತ ಕೆರಳಿಕೆಯಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯೂ ಆಗಬಹುದು.

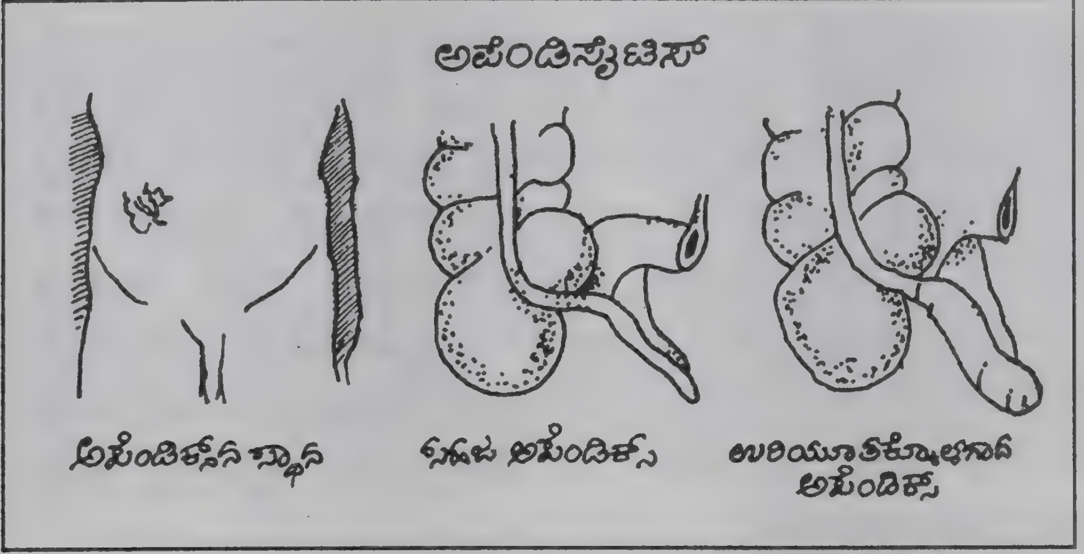
ಪಿತ್ತಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗದೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವೇ ಎಂಬುದು ಸಮಂಜಸವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಲಾರದ ಪ್ರಶ್ನೆ. ಕಾರಣಗಳು ಅನೇಕ. ಅಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಲ್ಲುಗಳು ಹಲವು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತವೆ ; ಅವು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಸಹಾ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಾಣಿಜನ್ಯ ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಸಕ್ಕರೆಯ ಅಂಶಗಳು ಇರದಂಥ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ, ಸೋಂಕು ರೋಗಗಳು ತಗುಲದಂತೆ ಎಚ್ಚರವಹಿಸುವುದು, ಸ್ಥೂಲಕಾಯವಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ನೀರು ಕುಡಿಯುತ್ತಿರುವುದು, ಮುಂತಾದ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಉದ್ಭವವಾಗದಂತೆ ನಿಗಾವಹಿಸಬಹುದು.

೧೩. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್

ಜೀವ-ವಿಕಾಸ ಮತ್ತು ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ಗೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ ಎಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಬೆಳಕು ಕಾಣದ ಆಫ್ರಿಕಾದ ಆದಿವಾಸಿ "ಬಂಟು" ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಅದು ಬಹಳ ಅಪರೂಪ. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಮುಂಚೂಣಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಮೆರಿಕಾದ ಪ್ರತಿ ಏಳು ಜನರಲ್ಲೊಬ್ಬ ತನ್ನ ಜೀವಮಾನದಲ್ಲಿ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಸಾರಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳಿರುತ್ತಾನೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಹವ್ಯಾಸಗಳು ಈಗ ಅತಿ ಚುರುಕಿನಿಂದ ಹರಡುತ್ತಿರುವ ಏಷ್ಯಾ ಖಂಡದ ಜನರಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆಗುತ್ತಿರುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ವನಚರಿಗಳಾದ ಕೋತಿಗಳನ್ನು ಮಾನವರು ತಮ್ಮ ಮನೆಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಕಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವಗಳೂ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಿಂದ ಬಳಲುತ್ತವೆಂದರೆ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಪ್ರಭಾವ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಎಷ್ಟಿದೆಯೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್

ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳುಗಳು ಸಂಧಿಸುವ ಕಡೆ ಇರುವ "ಕುರುಡು ಕರುಳು" (ಸೀಕಮ್) ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಉದಯಿಸುವ ತಾಣ. ಅದರ ಕೆಳ ತುದಿಯಿಂದ ಅರ್ಧ ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಮೇಲುಗಡೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಅದರಿಂದಲೇ ಮುಂದುವರಿದ ತಿರುಚೀಲದಂತೆ ನೇತು ಬಿದ್ದಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಸರಾಸರಿ ಉದ್ದ ೭ ರಿಂದ ೧೦ ಸೆಂ.ಮೀ. ಹೊರ ಸುತ್ತಳತೆ ಒಂದರಿಂದ ಒಂದೂವರೆ ಸೆಂ.ಮೀ. ಹಾಗೂ ಒಳಗಿನ ಸುತ್ತಳತೆ ಅರ್ಧ ಸೆಂ.ಮೀ. ನಷ್ಟು ಇರಬಹುದು. ೨೫ ರಿಂದ ೩೦ ಸೆಂ.ಮೀ. ಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದವಿದ್ದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗಳ ದಾಖಲುಗಳೂ ಇವೆ. ಕುರುಡು-ಕರುಳಿನಿಂದ ನೇತಾಡುವ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಯಾವುದೇ ನಿಗದಿತ ಸ್ಥಾನವೆಂಬುದಿಲ್ಲ. ಅದು ಕೆಲಸಾರಿ ಕುರುಡು ಕರುಳಿನ ಹಿಂಭಾಗಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ವಸ್ತಿಕುಹರ, ಹೊಕ್ಕಳ ಇತ್ಯಾದಿ ದಿಕ್ಕುಗಳಲ್ಲೂ



ಚಿತ್ರ ೧೯. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್

ಚಾಚಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಈ ಅನಿಶ್ಚಿತ ಸ್ಥಾನಗಳಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಕಷ್ಟವಾಗುವುದುಂಟು. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೂ ಕರುಳಿಗಿರುವಂತೆ ಸ್ನಾಯುಕವಚ, ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆ, ನಡುಪರೆ (ಮೆಸೆಂಟರಿ) ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಹೊದಿಕೆಗಳಿವೆ. ಅದರ ಒಳಭಾಗದ ಲೋಳ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಟಾನ್ಸಿಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿರುವ ಹಾಗೆ ಹಾಲ್ರಸ ಕೋಶಿಕೆಗಳು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ತಿಳಿಯಾದ ರಸ ಅದರೊಳಗೆ ಸ್ರವಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ರಕ್ತನಾಳ, ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಕವಲುಗಳೇ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುತ್ತವೆ.

ಮಾನವ ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವ ಉದ್ದೇಶಿತ ಕಾರ್ಯವೂ ಇದ್ದಂತಿಲ್ಲ. ಕೆಳ ಅಂತಸ್ತಿನ ಕೆಲವು ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಹೋಲುವ, ಹಿರಿದಾದ ಅವಯವವಿದೆ. ಅವುಗಳ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುವ ಮರದೆಳೆಯ ಪಚನ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಅವಯವ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಜೀವ–ವಿಕಾಸದ ತುಟ್ಟ ತುದಿಯ ಅಂತಸ್ತಿಗೆ ಬಂದು ತಲುಪಿದೆ ಮಾನವನು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳು ನಾಗರಿಕತೆ ವೃದ್ಧಿಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ತ್ವರಿತಗತಿಯಿಂದ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದಿದವು. ಕಾಡುಮೇಡುಗಳಲ್ಲಿ ಅಲೆಮಾರಿಯಾಗಿ ತಿರುಗಾಡುತ್ತಿದ್ದ ಆದಿಮಾನವನ ತನಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಿಗುತ್ತಿದ್ದ ನಾರು, ಬೇರು, ಸೊಪ್ಪು, ಹಣ್ಣು, ಕಾಯಿ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದ. ಅವು, ಮರದೆಳೆ ಮತ್ತು ನಾರುಗಳಿಂದಾದ "ಹುರಬುರುಕು" (ರಫೇಜ್)ಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತಿದ್ದವು. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಂತಹ ಅವಯುವ ಅವನಿಗೆ ಆ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಉಪಯುಕ್ತ

ಅಂಗವಾಗಿದ್ದಿರಬೇಕು. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಆಧುನಿಕ ಮಾನವನ ಆಹಾರ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಮರದೆಳೆ, ನಾರುಗಳಿಂದ ಕವಚಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಹಸನುಗೊಂಡವು. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಂಥ ಅವಯವಕ್ಕೆ ಕೆಲಸವಿಲ್ಲದಂತಾಯಿತು. ಮುಂದೆ ಅದರ ಗಾತ್ರವೂ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತಾ ಬಂದು, ಈಗ ಅದೊಂದು ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬಾರದ ನಿರರ್ಥಕ ಪಳೆಯುಳಿಕೆಯಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಿ ವರ್ತಿಸಿ ಅಪಖ್ಯಾತಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವುದು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ವಿಪರ್ಯಾಸವೇ ಸರಿ. ಅಂಪೆಡಿಕ್ಸ್ ಮಾನವನಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ಜಾತಿಯ ನರವಾನರ ಕೋತಿಗಳು ಮತ್ತು ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ವಾಂಬಾಟ್ ಎಂಬ ಸಸ್ತನಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಇನ್ನೂ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದೆ.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್

ಶರೀರದ ಯಾವುದೇ ಸಹಜ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ನೇರವಾಗಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಜೀವಾಣು ಮತ್ತು ಮಲದಿಂದ ತುಂಬಿ ಸೋಮಾರಿಯಾಗಿ ನೇತಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಂಥ ಅಂಗ ನಮ್ಮ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೊಂದಿಲ್ಲ. ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುವ ಮೆದುವಾದ ಮಲ ಕರುಡು-ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ತಂಗಿರುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ನುಸುಳಿಕೊಳ್ಳ ಬಹುದು. ಮೊದಲೇ ರೋಗಾಣುಮಯವಾಗಿದ್ದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗೆ ಮಲವೂ ಸೇರಿದಾಗ ಅದರ ಉರಿಯೂತಕ್ಕೆ (ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್) ಅಡಿಗಲ್ಲು ಹಾಕಿದಂತೆಯೆ. ಹೀಗೆ ಒಳಸೇರಿದ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳು ಅದರ ದ್ವಾರದಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯನ್ನೂ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಶೇ. ೮೦ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅದರೊಳಗೆ ಈ ತೆರನ ಅಡಚಣೆಗಳೇ ಕಾರಣ. ಒಳಸೇರಿದ ಮಲ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ಕಲ್ಲಿನಂತೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ (ಫೀಕೊಲಿಥ್) ಅಡಚಣೆಯನ್ನು ತೀವ್ರಗೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಂದ ಉರಿಯೂತ ಮುಂದುವರಿದು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ಕೀವುಗಟ್ಟುತ್ತದೆ ; ಮುಂದೆ ಅದರ ಕವಚಕ್ಕೂ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ. ತೀರಾ ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಕೊಳೆತು ಹೋಗುತ್ತದೆ (ಗ್ಯಾಂಗ್ರೀನ್); ತೂತಾಗಿ ಒಡೆದು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅನಾಹುತಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಆಹಾರದ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಕಲ್ಲು, ಬೀಜ, ಸೂಜಿಗಳಂತಹ ಹೊರಗಿನ ವಸ್ತುಗಳು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗೆ

ಜಾರಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಲೂ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಹಲವು ತೆರನ ಜಂತುಹುಳುಗಳೂ ಸಹಾ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಒಳಗೆ ದಾಟಿ ಪದೇ ಪದೇ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುವುದುಂಟು.

ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ಹಾಲ್ರಸ ಕೋಶಿಕೆಗಳು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಉಂಟಾದಾಗ, ರಕ್ತಚಲನೆ ಇಲ್ಲವೆ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಅವು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಕೋಶಿಕೆಗಳಿಗೂ ತಲುಪಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟುಮಾಡುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ತೀವ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ : (ಚಿತ್ರ ೧೯) ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಶುರುವಾಗ ಬಹುದಾದರೂ ಅದು ಅತ್ಯಂತ ತೀವ್ರ ಇಲ್ಲವೆ ವಿಳಂಬಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಸಹಜ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ವ್ಯಕ್ತಿ, ಹಠಾತ್ತನೆ ಉದರ ಬೇನೆ, ವಾಂತಿ, ಮತ್ತು ಜ್ವರದಿಂದ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುವುದು ತೀವ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ (ಅಕ್ಯೂಟ್ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್) ವಿಶೇಷತೆ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಕೀವುಗಟ್ಟಿ ಅದರಲ್ಲೊಂದು “ಬಾವು" ಎದ್ದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಉರಿಯೂತ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಕವಚಕ್ಕೆ ಹರಡುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೆ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ನೆಣಮಾಲೆ (ಒಮೆಂಟಮ್) ಅದರ ಸಹಾಯಕ್ಕೆ ಧಾವಿಸುತ್ತದೆ. ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದಲ್ಲಿನ ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳೂ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ಸುತ್ತುವರಿಯುತ್ತವೆ. ಅವೆಲ್ಲಾ ಹಾಗೆ ಸುತ್ತುವರಿಯುವುದರಿಂದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಸುತ್ತ “ಮುದ್ದೆ” ಗಟ್ಟುತ್ತದೆ (ಅಪೆಂಡಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಮಾಸ್). ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿ ಕೀವು ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಸುತ್ತ ಬಾವು ಅಥವಾ ಕುರು (ಅಪೆಂಡಿಕ್ಯುಲಾರ್ ಅಬ್ಸೆಸ್) ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಮೃದುವಾಗಿ ಸ್ಪರ್ಶಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ಎರಡೂ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಇಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾದ ಕೀವು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಪ್ರವಹಿಸಿ ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರಗತಿಯ ಉರಿಯೂತ (ಪೆರಿಟೋನೈಟಿಸ್)ವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿದ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ತೀರಾ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡಿದೆ ಎಂದೇ ಅರ್ಥ. ತೀವ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಇರುವ ಸಿಡಿಮದ್ದು ಅಥವಾ ಅಗ್ನಿ ಪರ್ವತವೆಂದೇ ಪರಿಗಣಿಸ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ ; ಅದು ಅವುಗಳಷ್ಟೇ ಅಪಾಯಕಾರಿ. ಮಲಬದ್ಧತೆಯಾಗಿದೆಯೆಂದೋ, ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆಯೆಂದೋ ಭೇದಿಯಾಗುವ

ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೀಡಿ ಭಟ್ಟಿಕಟ್ಟುವಂಥ ಅಡನಾಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವುದು ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಆಹ್ವಾನ ನೀಡಿದಂತೆಯೆ ಸರಿ.

ಮರುಕಳಿಕ / ಬೇರೂರಿದ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್

ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಉರಿಯೂತ ಶುರುವಾಗಿ ೪೮ ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೇ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಅದನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದು ಸರಿಯಾದ ಕ್ರಮ. ರೋಗಿ ಇನ್ನೂ ತಡವಾಗಿ ಬಂದಾಗ ತಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಅನುಮಾನ ಬಂದಾಕ್ಷಣ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶಕ್ತಿಯ ಜೀವರೋಧಕ ಮದ್ದು (ಆ್ಯಂಟಿಬಯೋಟಿಕ್) ಮತ್ತಿತರ ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿದಾಗ, ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ತಾತ್ಕಾಲಿಕವಾಗಿ ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಬಹುದು. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿರಬಹುದು. ಇತಂಹ ಹಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ "ಕಾದು ನೋಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ" (ಮುಂದೆ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ)ವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದುಂಟು. ಈ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತದಿಂದಾದ ಕೆಲವು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಂತಾಗಬಹುದು ; ರೋಗಿಯೂ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆದರೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಂಥ ಕುರುಡು-ಚೀಲದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರಿದ್ದ ಎಲ್ಲಾ ತರಹೆಯ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಾಶವಾಗುವುದು ಅಸಂಭವ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಒಳಭಾಗದ ಭಿತ್ತಿ ಉರಿಯೂತದ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಒಂದೊಂದು ಕಡೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡಂತಾಗಬಹುದು. ನೆಣಮಾಲೆ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಹೊರಮೈಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಅದನ್ನು ವಿಕಾರಗೊಳಿಸಬಹುದು ; ಅದು ಸ್ಥಾನ ಪಲ್ಲಟವಾಗಬಹುದು. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿ ಸುರುಳಿ ಸುತ್ತಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ ಒಂದು ಸಾರಿ ಜರ್ಜರಿತವಾದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ಪದೇ ಪದೇ ಅಡಚಣೆಗಳಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಅಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಉಚ್ಚಾಟನೆಯಾಗದೆ ಉಳಿದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಉರಿಯೂತದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಹುಟ್ಟುಹಾಕುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನೊಳಗಡೆ ಕೆಳದರ್ಜೆಯ ಸೋಂಕು ಸದಾ ನೆಲೆಯೂರಿರುತ್ತದೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು ; ಅದರಿಂದ ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಾಧೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಅತೃಪ್ತ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬ ಪದೇ ಪದೇ ಗೊಣಗುವಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅದು. ಇಂತಹ

ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು "ಮರುಕಳಿಕ (Recurrent) ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್" ಅಥವಾ "ಬೇರೂರಿದ (Chronic) ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್" ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗದಿದ್ದವರು ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಿದ ನಂತರ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ಆಗ ನೋವು ಇರದಿದ್ದರೂ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕೆಂದು ಸೂಚನೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಬರುವುದು ಈ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿಯೆ.

ತೀರಾ ಎಳೆಯರು ಮತ್ತು ವೃದ್ಧರಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇತರರಿಗಿಂತ ಭಿನ್ನವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತದೆ. ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ನೆಣವಾಲೆ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಉರಿಯೂತದ ಆಘಾತಕ್ಕೊಳಗಾದಾಗ ಅದರ ನೆರವಿಗೆ ಬರಲಾರದು. ವೃದ್ಧರ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಂತೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಕುಂಠಿತವಾಗಿದ್ದು, ಅದು ಮೊದಲೇ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಉಂಟಾದಾಗ ಅದರ ಮಾದರಿ ಗುಣ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯವಾಗದಿದ್ದರೆ, ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಬಹುಬೇಗ ಕೊಳೆತು, ತೂತಾಗಿ ರೋಗಿ ವಿಷಮ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಯಸ್ಸಿಗರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವ ಮಲಬದ್ಧತೆ ಅಥವಾ ಜಂತುಹುಳು ಬಾಧೆ ಇದಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆಯಿಂದ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಪಿಚಕಾರಿ (ಎನಿಮ) ಕೊಡುವ ಪರಿಪಾಠ ಅತ್ಯಂತ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಬಹುದು.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು ಲಿಂಗ ಬೇಧಗಳಿಲ್ಲ. ಆರು ತಿಂಗಳ ಕೂಸಿನಿಂದ ಹಿಡಿದು ೯೨ ವಯಸ್ಸಿನ ವೃದ್ಧರಲ್ಲೂ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆದ ದಾಖಲೆಗಳಿವೆ. ಆದರೂ ಮೂರು ವರ್ಷದೊಳಗಿನವರಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಮ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ ; ೫೦ ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಅದು ಇಳಿಮುಖವಾಗುತ್ತದೆ. ೩೦–೪೦ ವರ್ಷಗಳ ಅಂತರದವರಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಅಥವಾ ಕೆಲವು ತಾಸುಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಅಜೀರ್ಣ, ವಾಕರಿಕೆಯಂಥ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳಾಗಬಹುದು.

ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಜ್ವರ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ತ್ರಿವಳಿ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಮೊದಲ ಉದರ ಬೇನೆ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ವಿಭಾಗಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾದಂತಿರಲಾರದು ; ನಂತರದ ಕೆಲವು ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ನಾಭಿಯ

ಕಡೆ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗುತ್ತದೆ ; ಅಂತಿಮವಾಗಿ ನೋವು ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೧೯) ಬಲ ಟೊಂಕದ ಮೂಳೆಯ ಮೇಲ್ತುದಿ, ಗುಂಜೆಲುಬುಗಳ ಸಂಗಮದ ಬಿಂದು (Symphysis Pubis) ಮತ್ತು ನಾಭಿಯ ಬಿಂದುಗಳೊಳಗಿನ ತ್ರಿಕೋಣ ಪ್ರದೇಶ (ಷರೆನ್ನನ ತ್ರಿಕೋಣ)ದಲ್ಲೇ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ನೋವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗುವುದು. ಅದರ ವಿಶೇಷತೆ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಒಳದ್ವಾರದಲ್ಲಿನ ಅಡಚಣೆಯಾಗಿದ್ದರಿಂದ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಶುರುವಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ನೋವು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುವ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಚಳುಕಾಗಿರುತ್ತದೆ (ಕೋಲಿಕ್). ರೋಗಿ ಒದ್ದಾಡಿ ನರಳುವಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ನೋವು ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ೩–೪ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ವಾಂತಿ ಶುರುವಾಗಬಹುದು. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ತೀವ್ರ ಚಳುಕಿನ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ವಾಂತಿಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಸುಮಾರು ೯೯°F ಯಿಂದ ೧೦೦°F ನಷ್ಟು ಜ್ವರ ಸಹಾ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಅದಕ್ಕನುಗುಣವಾಗಿ ನಾಡಿಬಡಿತವೂ ಏರುತ್ತದೆ. ಆತಂಕ ಮತ್ತು ಉದ್ವೇಗ ರೋಗಿಯ ವದನದಲ್ಲಿ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ.

ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಕೆಳಗೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ನೆಲೆಯೂರಿದವವರಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಭೇದಿಯೂ ಆಗುವುದುಂಟು. ಕುರುಡು – ಕರುಳಿನ ಹಿಂಭಾಗಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿದ್ದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂತ್ರಕ ನಾಳ (ಯುರೇಟರ್) ತಗುಲಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಅಂತಹವರ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಕೈಯಿಂದ ಮೃದುವಾಗಿ ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದಲೇ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ತ್ರಿಕೋಣ ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಅದುಮಿದಾಗ ರೋಗಿಗೆ ಅತೀವ ವೇದನೆಯಾಗುವುದನ್ನು ಗಮನಿಸಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ಎಡ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಬಿರುಸಿನಿಂದ ಅದುಮಿದಾಗ ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಎಡಭಾಗದ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನೊಳಗಡೆ ಇರುವ ಗಾಳಿ ಬಲಗಡೆಗೆ ಸ್ಥಾನ–ಪಲ್ಲಟವಾಗುವುದರಿಂದ ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ. ಇದೊಂದು ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. (ರೌಸಿಂಗ್ಸ್ ಚಿಹ್ನೆ)

ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬಿ, ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿರುವುದು ಕೆಲಸಾರಿ ಹೊರನೋಟಕ್ಕೇ ಎದ್ದು ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಮೃದು ಸ್ಪರ್ಷದಿಂದ ಊತದ ಪರಿಮಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಬಣ್ಣದ ಪೆನ್ಸಿಲ್‌ನಿಂದ ಮಾರ್ಕ್ ಮಾಡಬಹುದು. ಅಳವಡಿಸುತ್ತಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಿಂದ ಊತ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೋ ಇಲ್ಲವೋ

ಎಂಬುದನ್ನರಿಯಲು ಇದರಿಂದ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂದುವರಿದು ಕೀವು ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಹೊರಬಿಗಿ ಪೊರೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಗಡುಸಾಗಿರುವುದನ್ನು ಸ್ಪರ್ಶದಿಂದ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಮುಂದೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ತೂತಾಗಿ ಒಡೆದು, ಕೀವು ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಮಲದ ದ್ರವಗಳು ಉದರಕೋಶದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಿದಾಗ ಹೊರಬಿಗಿಪೊರೆಯ ಉರಿಯೂತ ವ್ಯಾಪಕವಾಗುತ್ತದೆ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಇನ್ನೂ ಗಡುಸಾಗಿ ಮರದ ಹಲಗೆಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಿದ ಅನುಭವ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಕರುಳಿನ ತರಂಗ ಚಲನೆಯ ಶಬ್ಧವೂ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಇವೆಲ್ಲಾ ರೋಗಿಯು ತುಂಬಾ ದಾರುಣ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪಿರುವುದನ್ನು ಸೂಚಿಸುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತವನ್ನು ಪರಿಶೋಧಿಸಿದಾಗ ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ೧೦,೦೦೦/ ಘ.ಮಿ.ಲೀ. ಗಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ ತೀವ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆಗಿರುವ ಶಂಕೆಯನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸುತ್ತದೆ.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರು ನಂಬಿಕೆ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುವಷ್ಟು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ತೂತಾಗಿ ಕರುಳಿನಿಂದ ವಾಯು ಹೊರ ಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಎಕ್ಸರೇಯ ಪರದೆ (ಸ್ಕ್ರೀನಿಂಗ್) ಅಥವಾ ಚಿತ್ರಪಟದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಅಂದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಒಡೆದಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಆಗಿದೆಯೆಂದು ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ರೋಗ ಪೀಡಿತವಾಗದೆ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಜರುಗಿಸಿದಾಗ ಬೇರಿಯಂ ಅದರ ದ್ವಾರದೊಳಗೆ ಸರಾಗವಾಗಿ ಹೋಗಿ, ಮತ್ತೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಹೊರಬಂದಿರುವುದನ್ನು ಎಕ್ಸರೇಪಟದಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದು. ಮರುಕಳಿಕ / ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ದ್ವಾರ ಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಭಾಗಶಃ ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗಿರಬಹುದು. ಅದರಿಂದ ಬೇರಿಯಂ ಅದರೊಳಗೆ ಪ್ರವೇಶಿಸಲಾರದು, ಪ್ರವೇಶಿಸಿದರೂ ಅದು ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿ ವಿಕಾರಗೊಂಡಂತೆ ಕಾಣಬಹುದಷ್ಟೆ ಹೀಗೆ ವಿಳಂಬ/ಮರುಕಳಿಕೆ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಬಗೆಗೆ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಪರೋಕ್ಷ ಸೂಚನೆಗಳು ದೊರೆಯಬಹುದಾದರೂ ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಅದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಹಾಯವನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗದು.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಖಚಿತ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಆ ಕಾಯಿಲೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವ ಇತರ ರೋಗಗಳಿಂದ ಅದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವಾಂತಿ, ಭೇದಿ, ಆಮಶಂಕೆ, ಜಂತುಹುಳು ವ್ಯಾಧಿಗಳಂತ ಕರುಳಿನ ರೋಗಗಳು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುವ ನಮ್ಮ ದೇಶದವರಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ಅವುಗಳ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನೂ ಗಮನದಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಮೀಬಾ ಆಮಶಂಕೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಕುರುಡು ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಟ್ಟಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. (ಅಮೀಬೋಮ). ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡ, ಮೂತ್ರಕ ನಾಳಗಳ ಉರಿಯೂತ ಮತ್ತು ಕಲ್ಲುಗಳ ಬೇನೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಮಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನೇ ಹೋಲುವುದುಂಟು. ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣು, ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳುಗಳ ತಿರುಚೀಲಗಳ ಉರಿಯೂತ (ಡೈವರ್ಟಿಕ್ಯುಲೈಟಿಸ್)ಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ್ನೇ ಹೋಲುತ್ತವೆ. ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಡಿಂಭ ನಾಳದುರಿತವನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಅವುಗಳ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆದರೂ ಕೆಲಸಾರಿ ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸಿ ಖಚಿತವಾದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತೇಟು ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಮಾದರಿ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವಾಗ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಅದಾಗದೇ ಇರುವುದು, ಇತರ ವಿಲಕ್ಷಣ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವಾಗ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ಸೇ, ಆಗಿರುವ ಪ್ರಕರಣಗಳಿಗೇನೂ ಕಡಿಮೆ ಇಲ್ಲವೆಂದರೆ ತೀರಾ ಸರಳ ವ್ಯಾಧಿಯೆನ್ನಬಹುದಾದ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಎಷ್ಟು ಜಟಿಲ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಬಹುದೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯರ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಮತ್ತು ಅನುಭವಗಳು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಐದು ಸಾವಿರ ವರ್ಷಗಳಷ್ಟು ಹಳೆಯದಾದ ಈಜಿಪ್ಟಿನ ರಾಜಕುಮಾರಿಯೊಬ್ಬಳ "ಮಮ್ಮಿ" (Mummy)ಯ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನಲ್ಲಿ ಅದರ ಉರಿಯೂತದಿಂದ ತೂತಾಗಿರುವುದರ ನಿದರ್ಶನ ಈಗಲೂ ನೋಡ ಸಿಗುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಒಂದು ನೂರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಈ ಅನಾಹುತಗಳಿಗೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಕಾರಣವೆನ್ನುವುದನ್ನು ವೈದ್ಯ ಲೋಕ ಮನಗಂಡಿರಲಿಲ್ಲ ! ಅದು ಕರುಳಿನ ಉರಿಯೂತ– "ಟೈಫಲೈಟಿಸ್" ಎಂದೇ ಅವರೆಲ್ಲಾ ನಂಬಿದ್ದರು.

೧೮೩೬ರಲ್ಲಿ ಅಮಯಾಂಡ್ ಎಂಬ ವೈದ್ಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಿದ್ದ. ಆದರೆ ಅದು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನ ಅವನಿಗಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ರೈಜಿನಾಲ್ಡ್ ಫಿಟ್ಜ್, ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಬಾವಿನಂತಾದ ಒಂದು ನೂರು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಬಿಟ್ಟಿದ್ದ. ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಉರಿಯೂತವೇ ಕಾರಣವೆಂಬುದನ್ನು ಮೊದಲು ೧೮೮೬ ರಲ್ಲಿ ಘೋಷಿಸಿದ ಕೀರ್ತಿ ಅವನಿಗೆ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಎಂಬ ನಾಮಕರಣವೂ ಅವನಿಂದಲೇ ಆಯಿತು. ಆದರೂ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ವಿಶ್ವದ ಗಮನ ಸೆಳೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯವರೆಗೂ ಕಾಯಬೇಕಾಯಿತು. ೧೯೦೨ರಲ್ಲಿ ಬ್ರಿಟಿಷ್ ರಾಜಕುಮಾರ ಏಳನೇ ಎಡ್ವರ್ಡ್‌ನ ಪಟ್ಟಾಭಿಷೇಕಕ್ಕಾಗಿ ಇಡೀ ಬ್ರಿಟಿಷ್ ಚಕ್ರಾಧಿಪತ್ಯದ ಸಾಮಂತರು, ಗಣ್ಯ ಮಹನೀಯರೆಲ್ಲಾ ಲಂಡನ್ ನಗರದಲ್ಲಿ ನೆರದ್ದಿದರು. ಪಟ್ಟಾಭಿಷೇಕದ ದಿನ ಇನ್ನು ಒಂದು ವಾರವಿತ್ತು. ಒಂದು ದಿನ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಬಂಕಿಂಗ್‌ಹ್ಯಾಮ್ ಅರಮನೆಯ ಗೇಟ್‌ನ ಮೇಲೆ "ರಾಜ ಕುಮಾರ ತೀವ್ರ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾಗಿದ್ದಾರೆ, ಪಟ್ಟಾಭಿಷೇಕ ಮಹೋತ್ಸವವನ್ನು ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಮುಂದೂಡಲಾಗಿದೆ" ಎಂಬ ಸೂಚನಾ ಫಲಕ ಬಿತ್ತು! ಸುದ್ದಿ ತಿಳಿದ ಇಡೀ ಚಕ್ರಾಧಿಪತ್ಯ ಅಲ್ಲೋಲ ಕಲ್ಲೋಲವಾಯಿತು. ರಾಜಕುಮಾರ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಗೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಉರಿಯೂತದಿಂದ ಕೀವಾಗಿ ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಊತ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿತ್ತು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇಲ್ಲದ ರಾಜ ವೈದ್ಯರು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಂದನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಮತ್ತೆಲ್ಲಾ ವಿಧದ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ಮಾಡಿದರು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಪ್ರಕೋಪಕ್ಕೆ ಹೋಯಿತು. ರಾಜಕುಮಾರ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯಲಾರನೆಂಬ ಶಂಕೆ ಎಲ್ಲರನ್ನೂ ಆವರಿಸಿತು. ಕಟ್ಟಕಡೆಯ ಪ್ರಯತ್ನವೆಂದು ರಾಜವೈದ್ಯರು ಅವನ ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿದಾಗ ಕೀವು ರಭಸದಿಂದ ಹೊರಗೆ ಹರಿಯಿತು. ರಾಜಕುಮಾರ ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡ ; ನಿಗದಿತ ದಿನ ಪಟ್ಟಾಭಿಷೇಕವೂ ನಡೆದು ಹೋಯಿತು. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಅಂದಿನಿಂದ ಜಗತ್ತಿನಾದ್ಯಂತ ಮನೆಮಾತಾಯಿತು !

ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯವರೆಗೂ ಅಪೆಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪರಿಣಾಮಗಳು ತುಂಬಾ ನಿರಾಶಾದಾಯಕವಾಗಿದ್ದುವು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೫೦ರಿಂದ ೭೫ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಅನಾಹುತಕ್ಕೆ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಉರಿಯೂತವೇ ಕಾರಣವೆಂದು ಸಾಬೀತಾದ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಪದ್ಧತಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂತು. ರೋಗಿಯ

ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಅನುಮಾನವಿದ್ದವರಿಗೆಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದದ್ದೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಅನಾಹುತಗಳಿಗೆಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಿತ್ತು ; ಅದರ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಹಿಡಿಯಿತು. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಉತ್ತಮ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದರಲ್ಲಿ ೧೯೦೦ ರಿಂದ ೧೯೦೫ರ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಓಶನರ್ ಮತ್ತು ಷೆರೆನ್ (Ochsner & Sherren) ಎಂಬ ವೈದ್ಯದ್ವಯರು ನಿರೂಪಿಸಿದ "ಕಾದು ನೋಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ" ತುಂಬಾ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡಿದವು. ಅವರ ಪ್ರಕಾರ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಮೊದಲ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿದ ೧೨ ರಿಂದ ೪೮ ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ರೋಗಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದಿದ್ದು, ಉರಿಯೂತ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಮಾತ್ರ ಸೀಮಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು. ಆ ಗಡುವಿನ ನಂತರ ಬಂದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತದ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಸುತ್ತಲ ಪರಿಸರಕ್ಕೂ ಹರಡಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿದ್ದರೆ ಅವರನ್ನು ತತ್‌ಕ್ಷಣದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬಾರದು. ಅವರನ್ನು "ಕಾದು ನೋಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ"ಕ್ಕೊಳ ಪಡಿಸಬೇಕೆಂಬುದು ಅವರಿಬ್ಬರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿತ್ತು. ಮುಂದೆ ಲವಣಾಂಶಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ದ್ರಾವಣಗಳು ಮತ್ತು ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನನುಸರಿಸುವುದರಿಂದ ಇನ್ನೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳುಂಟಾದವು. ಸುಧಾರಿತ ಅರಿವಳಿಕಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪರಿಣಾಮಗಳೂ ಉತ್ತಮಗೊಂಡವು. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಿಂದಾಗುತ್ತಿದ್ದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣಗಳೂ ತೀವ್ರಗತಿಯಿಂದ ಇಳಿಮುಖವಾದವು. ೧೯೬೦ ರಿಂದ ಮರಣದ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೦.೧ ರಿಂದ ೦.೨ರಷ್ಟು ತಳ ಮುಟ್ಟಿ ಅಲ್ಲೇ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿದೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಮೂಡಿ ಕೂಡಲೇ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆ ಪಡೆಯುವುದು, ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವ, ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವಂತಹ ಅಡನಾಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸದಿರುವುದು, ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರೂ ಸಹ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಕಿಂಚಿತ್ ಸಾವಿನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನೂ ಇಲ್ಲದಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅಪರೂಪದ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ, ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ಗೆ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ, ಲವಣಾಂಶ ಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್

ದ್ರಾವಣ, ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಕಾದು ನೋಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಿಂದ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕೀವು ತುಂಬಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ತುರ್ತಾಗಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಬಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಮೊದಲ ಆಕ್ರಮಣದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗದೆ ಅದು ಮುಂದೆ ಮರುಕಳಿಕ/ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಆಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಪದೇ ಪದೇ ತೊಂದರೆಯುಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಹವರು ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗಲೇ (ಆಗ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವವಾಗಿರದಿದ್ದರೂ) ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವ ಪದ್ಧತಿ – ನಡುಗಾಲದ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟೆಮಿ (Interval Appendicectomy) ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ.

ಯಾವುದೇ ತೆರನ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಇದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದರಲ್ಲಿ ಯಾವ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯವೂ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ ಉದರಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಬೇರಾವುದೋ ಕಾಯಿಲೆ ಅನುಮಾನದಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೆರೆದಾಗ, ಅಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನಿಸಿದ ವ್ಯಾಧಿ ಕಂಡು ಬರದಿದ್ದಾಗ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಪರಿಪಾಟವೊಂದು ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಅದೀಗ ಮುಂದುವರಿದು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಖಚಿತವಾದ ಬೇನೆಯಿಲ್ಲದವರಿಗೆಲ್ಲಾ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ತೆಗೆದುಹಾಕುವಂತಾಗಿದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಜನಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರ ಸಮೂಹದಲ್ಲೂ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿವೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಂತಹ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರದಲ್ಲೂ ನಡೆಸಿದ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟಮಿಗಳಲ್ಲಿ ಶೇ. ೧೫–೨೦ರಷ್ಟು ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗಳು ರೋಗಪೀಡಿತವಾಗಿರದ ಅಂಶವೂ ಇಲ್ಲಿ ಗಮನಾರ್ಹ. ಜೊತೆಗೆ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು ಸ್ವಂತ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟೆಮಿಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂಬ ವ್ಯಂಗೋಕ್ತಿ / ಟೀಕೆಗಳೂ ಪ್ರಚಲಿತವಿವೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನಿಂದಾಗುವ ಭೀಕರ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಗಮನಕ್ಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಕೆಲಸಾರಿ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥವಾಗಿರದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯರೂ ಸಹ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಯಮ ಮತ್ತು ತುಲನಾತ್ಮಕ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ವರ್ತಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಈಗಲೂ ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ನಿರೂಪಿಸಿದಂತೆಯೇ ಜರುಗುತ್ತದೆ. ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ಅಥವಾ ನಾಭಿಯ ಬಲಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಉದರಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅದನ್ನು ಇತರ ಅವಯವಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಬುಡವನ್ನು ದಾರದಿಂದ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಕಟ್ಟಿದನಂತರ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ

ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯುವರು. ಬುಡದ ಚೊಟ್ಟನ್ನು ಕುರುಡು ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಹೂಳಿದಂತೆ ಮಾಡಿ ನಿರಿಕಟ್ಟಿನಿಂದ (Purse String Suture) ಕಟ್ಟಿ ಮುಚ್ಚಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗಿಗೆ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಬಾಯಿ ಮೂಲಕ ಆಹಾರ ನೀಡುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಲವಣಾಂಶಭರಿತ ನೀರು, ಜೀವಿರೋಧಕ ಮತ್ತು ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ ಮತ್ತು ವಾಂತಿಯಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಜಠರಕ್ಕಿಳಿಸಿದ ರಬ್ಬರ್ ನಾಳದಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಸೇರಿರುವ ಜೀರ್ಣರಸವನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯುತ್ತಿರುತ್ತಾರೆ. ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರ ಹೊಲಿಗೆ ತೆಗೆದು ರೋಗಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವರು.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ನಂತರ ರೋಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಆಹಾರದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಅಜೀರ್ಣ, ವಾಂತಿ – ಭೇದಿಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದಾದ ತೀಕ್ಷ್ಣ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೇ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದು ತರವಲ್ಲ. ಮನೆಗೆ ತೆರಳಿದ ೩–೪ ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಮನೆಗೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ರೋಗಿಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರಗಡೆಯ ಬಿಗಿಯಾದ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ನಿರತವಾಗಲು ನಾಲ್ಕಾರು ವಾರಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಕರ್ನಾಟಕದ ವೈದ್ಯರ ಪಾತ್ರವೂ ಇದೆ ಎಂಬುದು ಹೆಮ್ಮೆಯಪಡಬೇಕಾದ ವಿಷಯ. ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ಮೂಲ ರಕ್ತನಾಳವೇ ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ರಕ್ತನಾಳವೊಂದಿರುತ್ತದೆ. (Accessory Appendicular Artery) ಎಂಬುದನ್ನು ಅರ್ಧ ಶತಮಾನದ ಹಿಂದೆ ಬೆಂಗಳೂರಿನ ವಿಕ್ಟೋರಿಯಾ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರಾಗಿದ್ದ ದಿವಂಗತ ಡಾ। ಟಿ. ಶೇಷಾಚಲಂ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲು ತೋರಿಸಿಕೊಟ್ಟರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಬಿಗಿದು ಕತ್ತರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ ಶತಮಾನವನ್ನು ಆಚರಿಸುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಂಗಳೂರಿನ ವೆನ್‌ಲಾಕ್ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯ ಡಾ। ದೇವದಾಸ್ ಹೆಗ್ಡೆ ನಿರೂಪಿಸುತ್ತಿರುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಇನ್ನೊಂದು ಮೈಲುಗಲ್ಲಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಕತ್ತರಿಸಿದ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ ಬುಡುದ ಚೊಟ್ಟನ್ನು ಕುರುಡು ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಹೂಳಿಡುವ ಬದಲು, ಅದರ ಬುಡವನ್ನು

ಎರಡು ಪೊದರುಗಳಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ, ಅವನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ಹೊಲಿಸಯುವ ಅವರ ವಿಧಾನ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜಾರಿಗೆ ಬರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಪಿತ್ತಕೋಶವನ್ನು ಉದರದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನಿನ ಸಹಾಯದಿಂದ ಹೊರತೆಗೆಯುವಂತೆಯೇ ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸನ್ನೂ ಅಂತಹದೇ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಸಲಕರಣೆಯನ್ನು ಬಲ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ತೂರಿಸಿ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯ ಈಗ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. ಹುಬ್ಬಳ್ಳಿಯ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯರಾದ ಡಾ। ಎಚ್.ಟಿ. ಗಂಗಲ್ ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲೇ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಸಾರಿ ಈ ಕ್ರಮವನ್ನು ೧೯೮೨ ರಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಿ ದಾಖಲೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಿರುವುದು ಕನ್ನಡಿಗರಿಗೆಲ್ಲಾ ಹೆಮ್ಮೆಯ ವಿಷಯ.

* * * *

೧೪. ಕರುಳು – ತಡೆ

ಕರುಳುಗಳು – ಸಣ್ಣ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು – ನಮ್ಮ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ವಿಶಾಲ ಹರವು ಉಳ್ಳವು. ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಅವು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು ರಕ್ತಗತವಾಗುವುದರಲ್ಲೂ ಅವುಗಳ ಪಾತ್ರ ಹಿರಿದು. ಶರೀರದಲ್ಲಿನ ಒಟ್ಟು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ನೀರು ಮತ್ತು ಲವಣಾಂಶಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಒಂದು ಸಮತೋಲನ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿಡಲು ಕರುಳುಗಳ ಕಾರ್ಯಶೀಲತೆ ಪ್ರಮುಖವಾದರೂ, ಅಗೋಚರ, ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರ್ಯಗಳು ನಮಗರಿವಿಲ್ಲದೇ ನಡೆಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಸ್ವಭಾವ ಜನ್ಯವಾದ ತರಂಗ ಚಲನೆ (ಪೆರಿಸ್ಟಾಲ್‌ಸಿಸ್) ಅವಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಈ ಚಲನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾದರೆ ಅದರ ಎಲ್ಲಾ ಕೆಲಸಗಳೂ ನಿಂತು ಹೋದಂತೆಯೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿನ ನೀರು ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಮುಂದೆ ಸಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೊಟ್ಟೆ ಉಬ್ಬರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆ ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತದೆ. ಎಡೆಬಿಡದೆ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಉದರ ಬೇನೆ ವಿಪರೀತವಾಗುತ್ತದೆ. ಇವೆಲ್ಲಾ "ಕರುಳು – ತಡೆ"ಯ (Intestinal Obstruction) ಚಿಹ್ನೆಗಳು. ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗಡೆಯ ರೋಗಿಗಳಿಗಾಗಿ ಜರುಗುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ, ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್‌ನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿದರೆ, ಕರುಳು – ತಡೆಗಳಿಗಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳದ್ದೇ ಸಿಂಹಪಾಲು.

ಕಾರಣಗಳು

ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳ ಮುಂದುವರಿಂದ ಚಲನೆ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯ ಹೊರಾವರಣದ ಮೇಲಾಗಬಹುದಾದ ಒತ್ತಡ, ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ನರಜಾಲದ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಿಂದಾಗುವ ತರಂಗಚಲನೆಯ ಸ್ಥಗಿತಗಳು ಕರುಳು ತಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ :

ತಾಯಿಯ ಗರ್ಭದಿಂದ ಜನಿಸಿ ಶಿಶುವು ಹೊರಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಕಣ್ಮು

ತೆರೆಯುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಕರುಳು – ತಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಭ್ರೂಣದ ಅಂಗಾಂಗಳು ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುವುದು ಒಂದು ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಕರುಳಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಕೆಲವು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಜರುಗಬೇಕಾದ "ತಿರುವು" ಆಗದಿರುವುದರಿಂದಲೂ ಅದೇ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಬಹುದು. ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಮೂಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತಿದ್ದ ಕೆಲವು ಪಟ್ಟಿಗಳು (ಬ್ಯಾಂಡ್ಸ್) ಮುಂದಿನ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಯವಾಗುವದರಿಂದಲೂ ಕರುಳು – ತಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು.

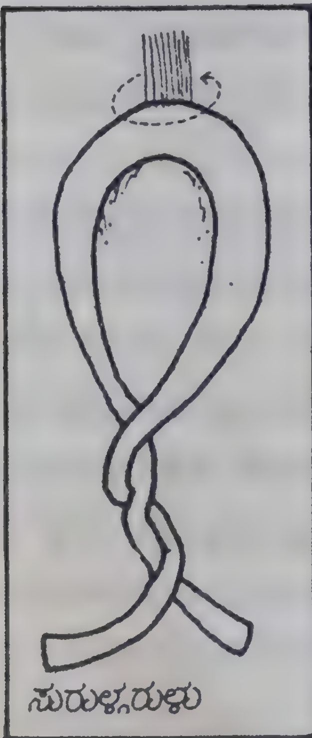
ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಕುಂಠಿತವಾದರೆ, ಅದರ ಒಳಾವರಣ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಒಳಾವರಣ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗಿರುತ್ತದೆ (Atresia). ಜನಿಸಿದ ನಂತರ ಶಿಶು ಸೇವಿಸುವ ಹಾಲು ಮುಂದೆ – ಮುಂದೆ ಸಾಗದೆ ಕೆಲವೇ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆ ಉಬ್ಬರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ; ವಾಂತಿಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಜಠರ ಮತ್ತು ಮುಂಗರುಳು ಸಂಧಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಂಜಾತ ಕುಗ್ಗುವಿಕೆ – ಪೈಲೋರಿಕ್‌ಸ್ಟಿ ನೋಸಿಸ್ – ಇದಕ್ಕೊಂದು ಉತ್ತಮ ನಿದರ್ಶನ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ನರಜಾಲ ಸರಿಯಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ. ಹುಟ್ಟಿದ ಕೆಲವೇ ಗಂಟೆಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು, ಮುಂದಿನ ಒಂದೆರಡು ವಾರಗಳೊಳಗೆ ಶಿಶು ಕುಡಿದ್ದೆಲ್ಲವನ್ನೂ ತಕ್ಷಣ ವಾಂತಿ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದರೆ ಮಗು ಯಥಾಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರದ, ಇಲ್ಲವೆ ಅರ್ಧಂಬರ್ಧ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತವೆ. ಸಣ್ಣ ಕರುಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ದಿಕ್ಕಿನಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ತಿರುವಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ (ಮಾಲ್ ರೋಟೋಶನ್) ಕರುಳಿನ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳು ಅವು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ನೆಲೆಯೂರಬೇಕಾದ ಜಾಗವನ್ನು ತಲ್ಪುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳು ತಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಜನಿಸಿದ ಹಲವು ಗಂಟೆಗಳಿಂದ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲೇ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಸೂಕ್ತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಪೈಲೋರಿಕ್ ಸ್ಟೀನೊಸಿಸ್‌ಗೆ ಜರುಗಿಸಿದಾಗ ದೊರೆಯುವಷ್ಟು ಆಶಾದಾಯಕ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆಯಲಾರವು.

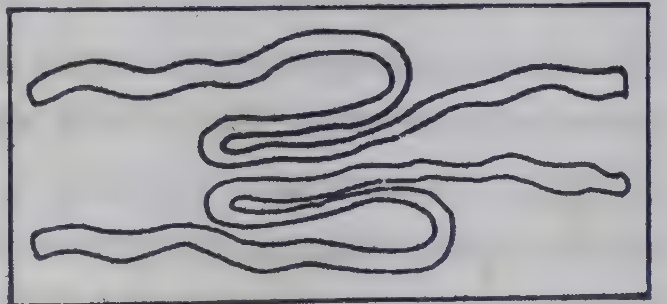
ಗುದ–ನಾಳ ಮತ್ತು ದ್ವಾರಗಳು ಜನಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳದಿರುವ

ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೂ (ಇಂಫರ್‌ಪೋರೇಟ್ ಏನಸ್) ಒಂದಿದೆ. ಮಗು ಜನಿಸಿದ ಕೆಲವು ತಾಸುಗಳಾದರೂ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ, ಗುದದ್ವಾರವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಕೆಲಸಾರಿ ಸೂಜಿಮೊನೆ ಗಾತ್ರದ ರಂಧ್ರವಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಆ ಭಾಗ ಚರ್ಮದ ಪೊರೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಹಲವು ನಮೂನೆಯವಿದ್ದು, ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಅವನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಬಹುದು.

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ : ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯ ಹೊರವಲಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ತರಹೆಯ ಒತ್ತಡ ಉಂಟುಮಾಡಿದಾಗ, ಅದರ ಒಳಾವರಣ ಭಾಗಶಃ ಇಲ್ಲವೆ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಮುಂದುವರಿಯುವುದಕ್ಕಾಗದೆ ಕರುಳು – ತಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಕರುಳಿನ ಒಂದು ಸುರುಳಿ ಮತ್ತು ಅದರ ಲಗತ್ತಿನ ನಡು – ಪರೆ ಅವುಗಳ ಸಹಜ ತಿರುವಿನ ವಿರುದ್ಧ ದಿಕ್ಕಿಗೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಒಂದೆರಡು ಸುತ್ತು ತಿರುವಿಕೊಳ್ಳುವುದುಂಟು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಸುರುಳ್ಗರುಳು" (ವಾಲ್ವೋಲುಸ್) ಎಂದು ಹೆಸರು. (ಚಿತ್ರ ೨೦) ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆ ತಿರುವಿಕೊಂಡಾಗ ಅದರ



ಕರುಳು ತಡೆ



ಚಿತ್ರ ೨೦. ಕರುಳು–ತಡೆ ವಿಧಗಳು

ಮೂಲಕ ಸಾಗುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಕತ್ತು ಹಿಚುಕಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಭಾಗದ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗೆ ರಕ್ತದ ಸರಬರಾಜು ನಿಂತು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ಒಂದೆರಡು ಸಾರಿ ತಿರವಿಕೊಂಡಿರುವುದರಿಂದ ಅದರ ಒಳಾವರಣವೂ ಮುಚ್ಚಿ ಹೋಗಿ ಆಹಾರದ ಚಲನೆಗೆ ಅಡ್ಡಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ನೋವಿನಿಂದ ರೋಗಿ, ಬಿದ್ದು ಬಿದ್ದು ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರು ತೀವ್ರ ತಲ್ಲಣಕ್ಕೊಳಕಾಗುತ್ತಾರೆ. ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಆಗಿದ್ದ ಛಿದ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ಇದೇ ಪರಿಣಾಮವಾಗಬಹುದು. ನಾಭಿ ಮತ್ತು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಅಂಡವಾಯುಗಳ (ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯ) ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಹೀಗೆ ನುಸುಳಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ಇಂತಹದೇ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಸಂಜಾತ ಅಥವಾ ನಂತರ ಉದ್ಭವಿಸಿದ ಪಟ್ಟಿಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡು ನೇತಾಡುವಂತಾದಾಗಲೂ ಇದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯ ಇನ್ನಾವುದೋ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಒಂದು ಸಾರಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದವರಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಅಥವಾ ಕರುಳಿನ ಒಂದು ಭಾಗ ಇನ್ನೊಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ನಡುವೆಯೂ ಅಂತಹದೇ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟೆಮಿ, ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟಮಿಗಳಂತಹ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಕರುಳು – ತಡೆಗಳ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ.

ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ನುಂಗಿದ ಹಿರಿಯ ಗಾತ್ರದ ಗೋಲಿ, ನಾಣ್ಯಗಳಂತಹ ಹೊರಗಿನ ವಸ್ತುಗಳು ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡು ಕರುಳು – ತಡೆ ಉಂಟು ಮಾಡುವುದುಂಟು. ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳೂ ಸಹಾ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಸಣ್ಣಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಕರುಳು ತಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಗತಿ. ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಸರಳ ರೀತಿಯ (Benign) ಗೆಡ್ಡೆಗಳು, ಈ ರೀತಿಯ ಅಡಚಣೆಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾದರೆ, ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ವಿಷಮರೀತಿಯ (Malignant) ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಷರಟಿನ ಕೈ ತೋಳನ್ನು ಅದರ ಹೊರ ಮೈ ಮೇಲೆ ಹಿಂದೆ ಮಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ

ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವ ಹಾಗೆಯೆ, ಕರುಳಿನ ಒಂದು ಭಾಗ, ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಭಾಗದ ಹೊರ ಮೈ ಮೇಲೆ ಹಿಂದೆ ಸರಿದುಕೊಳ್ಳುವಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದೆ. ಅದನ್ನು "ಕರುಳಿನ ಒಳ್ತೂರಿಕೆ" (ಇಂಟ ಸಸೆಪ್‌ಷನ್) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ – ೨೦) ಕರುಳಿನೊಳಗಡೆ ಇರುವ ಗಡ್ಡೆ ಇಂತಹ ಒಳ್ತೂರಿಕೆಯ ಚಲನೆಯ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದುವಾಗಬಹುದು. ಕುರುಡು–ಕರುಳು ಮತ್ತು ಸಣ್ಣಕರುಳು ಸಂಧಿಸುವೆಡೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾದ ಕುರುಡು ಕರುಳು ಸಣ್ಣಕರುಳನ್ನು ತನ್ನೊಳಗೆ ಸೆಳೆದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಸಂಭವಿಸಿ, ಸ್ವಲ್ಪಸಮಯದ ನಂತರ ಒಳನುಗ್ಗಿದ ಕರುಳು ಮತ್ತೆ ಮಗು ಮುಂದಿನ ಕ್ಷಣದಲ್ಲಿ ಹರ್ಷಚಿತ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೈಗೆ ಸಿಗುತ್ತಿದ್ದ ಕರುಳಿನ ಮುದ್ದೆ ಮಾಯವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರುಳಿನ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಉರಿಯೂತಗಳಿಂದ ಕರುಳಿನ ಕೆಲವು ಸೀಮಿತ ಭಾಗದ ಭಿತ್ತಿ ಸಂಕುಚನಗೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಆ ಭಾಗದ ಒಳಾವರಣ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ ಇಲ್ಲವೆ ಕ್ರಮೇಣ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳು – ತಡೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬಹಳ ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಾರಿ ಕರುಳಿನ ಭಿತ್ತಿಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಿಸುವ ನರಜಾಲ ತಂತಾನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಬಹುದು. ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಸಲ ಯಾವುದೇ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಕಾರಣವೂ ಇರದೆ ಈ ನರಜಾಲಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯುಂಟಾಗಿ ತರಂಗ ಚಲನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಳಗಿರುವ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಮುಂದೆ ಸಾಗದೆ, ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರಿಸಿಕೊಂಡು ವಾಂತಿಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಯಾವುದೇ ತರಹೆಯ ಬೇನೆ ಇದ್ದಂತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕರುಳಿನ ನರಜಾಲಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಂತಾದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಪ್ಯಾರಲಿಟಿಕ್ ಇಲಿಯಸ್" ಎಂದು ಹೆಸರು.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕರುಳು – ತಡೆ ಯಾವ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಾದರೂ ಸಂಭವಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಐವತ್ತರ ದಶಕದ ನಡುವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲೇ ಇದರ ಸಂಭವ ಜಾಸ್ತಿ. ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿಗಿಂತಲೂ (ಶೇ. ೨೦) ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನಲ್ಲೇ ಬಹುಪಾಲು (ಶೇ. ೮೦) ತಡೆಗಳಾಗುತ್ತವೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ನೋವು, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಮಲಬದ್ಧತೆಗಳು ಕರುಳು –

ತಡೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಆದಿ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ತಡೆಯುಂಟಾಗಿದ್ದರೆ ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ವಾಂತಿ ಬಹು ಬೇಗ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ತಡೆಯ ಜಾಗ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನತ್ತ ಸಾಗುತ್ತಿರುವಂತೆ ಈ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದೂ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ತಿರುವಿಕೊಂಡು ಬುಡ ತಿರಚಿದಂತಾದಾಗ (Strangulation) ಉಂಟಾಗುವ ಬೇನೆ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ್ದು. ಅದು ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುವ ಚಳುಕಿನಂತಿರುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಒಳಾವರಣ ಇನ್ನೂ ಅರ್ಧಂಬರ್ಧ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿರುವ ತನಕ ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆ ಅಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ತಡೆ, ಬಹಳ ಸಮಯ ಮುಂದುವರಿದರೆ ನೋವು ಮತ್ತು ವಾಂತಿಯ ತೀವ್ರತೆಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ.

ಕರುಳು ತಡೆಯುಂಟಾಗುವ ಜಾಗಕ್ಕೂ ವಾಂತಿ ಆರಂಭವಾಗುವ ಸಮಯಕ್ಕೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುತ್ತದೆ. ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತಡೆ ಉಂಟಾದಾಗ ಹೊಟ್ಟೆ ಉಬ್ಬರಿಸುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತಾದರೂ ವಾಂತಿ ಶುರುವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳೇ ಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಕರುಳು–ತಡೆಯ ಶುರುವಿನಲ್ಲಿ ತರಂಗ ಚಲನೆಯ ಶಬ್ಧ, ರಭಸ ಗುಳು–ಗುಳು (Borborygmi)ವಾಗಿ ಕೇಳಿಸುತ್ತದೆ. ತಡೆ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಕರುಳಿನ ಸ್ನಾಯುಗಳು ದುರ್ಬಲವಾಗಿ ತರಂಗ ಚಲನೆ ನಿಂತು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಯಾವ ಶಬ್ಧವೂ ಇರದೆ ಶಾಂತವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕರುಳು ತಡೆಯ ಆರಂಭದಲ್ಲಿ ನೋವು ಮತ್ತು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಕರುಳು ಚಲನೆಯಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಸಂಪೂರ್ಣ ಮಲಬದ್ಧತೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಪದೇ ಪದೇ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗ ತೊಡಗಿದರೆ, ಕರುಳು–ತಡೆ ನಿವಾರಣೆಯಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ಭಾವಿಸಬೇಕು.

ಕರುಳು – ತಡೆಯಾದವರಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಮತ್ತು ನೀರಿನ ಅಂಶಗಳು ಮುಂದೆ ಸಾಗದೆ, ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರಿಸಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಒಂದರ ಮೇಲ್ಲೊಂದು ಹೇರಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಏಣಿಯ ಮೆಟ್ಟಲುಗಳೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಹೊರಗಡೆಯಿಂದಲೇ ವೀಕ್ಷಿಸಬಹುದು. ಸುರುಳ್ಗರುಳು, ಕರುಳು ಒಳ್ತೂರಿಕೆ ಅಥವಾ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಬಾಹ್ಯ ಸ್ಪರ್ಶದಿಂದಲೇ ಕೆಲಸಾರಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ನೋವು ಆರಂಭವಾದ ರೀತಿ, ಪ್ರಕಟವಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಿ ಒದಗಿಸುವ ಮಾಹಿತಿಗಳಿಂದಲೇ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತಡೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಶಂಕಿಸಬಹುದು. ರಬ್ಬರು ಗವಸು ಧರಿಸಿದ ಬೆರಳಿನಿಂದ ಗುದನಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನಿನ ಬಳಕೆಯಿಂದ ರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ತೆಗೆದ ಸಾದಾ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಮತ್ತು ವಾಯುವಿನಿಂದ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಿ, ಕರುಳು ತಡೆಯಾದ ಜಾಗದ ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸು ಮತ್ತು ಬೇರಿಯಂ ಎನಿಮಾದಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ.

ಕರುಳು-ತಡೆಯನ್ನು ಹೋಲುವ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಇತರ ಅವಯವಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಅತ್ಯವಶ್ಯಕ. ಜೀರ್ಣಕಹುಣ್ಣು, ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಪೆರಿಟೋನೈಟಿಸ್, ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಅದರ ಸಂಪರ್ಕದ ಅವಯವಗಳ ವ್ಯಾಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉದರ ಕೋಶ ಹಿಂಬದಿಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಯಕೃತ್ತು, ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ರೋಗಗಳ ಬಗೆಗೂ ಗಮನಹರಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನೂ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಕರುಳು ತಡೆಯ ಆರಂಭದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅದರ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯವನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಶುರುವಿನಲ್ಲಿ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮದ್ದುಗಳ ನೀಡಿಕೆ, ದ್ರವ, ಲವಣಾಂಶಗಳ ಕಳೆತವನ್ನು ಸರಿದೂಗಿಸುವ ಜೋಪಸಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ-ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಪ್ಲಾಸ್ಟಿಕ್ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಜಠರದೊಳಗಿಳಿಸಿ ಅಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾಗಿರುವ ದ್ರವಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ, ವಾಂತಿಯೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಬಹುದು. ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಬಹಳ ಸಮಯ ಮುಂದುವರಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಅಪಾಯಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ತಿರುಚಿಕೊಂಡು ಕೊಳೆಯುವ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ತಲುಪಿದ್ದರೂ, ಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗದೆ ರೋಗಿ ತೀರಾ ಅಪಾಯದ

ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತರಹೆಯ ಔಪಸಾನಿಕ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಸುಧಾರಿಸದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರುಳು–ತಡೆಯಿಂದ ನರಳುವ ರೋಗಿಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಶರೀರದಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ನೀರು, ಲವಣ ಮತ್ತು ಖನಿಜಾಂಶಗಳನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ನಿರ್ಜಲ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಲುಪಿರುತ್ತಾರೆ. ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ರಕ್ತದ ಕೊರತೆ, ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಯಿಂದ ಬಳಲುತ್ತಿದ್ದು ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟು ಉತ್ತಮ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಲಾರರು. ಅವರಿಗೆಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲು ಸಾಕಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಲವಣಾಂಶ ಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಹಾಗೂ ಕೆಲಸಾರಿ ರಕ್ತ ಪೂರಣೆಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಸೂಕ್ತ ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಪಡಿಸಿದ ರೋಗಿಯ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಉದ್ದನೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಉದರ ಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಬಹುಪಾಲು ಸುರುಳಿಗಳು ದ್ರವ ಮತ್ತು ಗಾಳಿಯಿಂದ ತುಂಬಿ ಬಲೂನಿನಂತೆ ಊದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ನಡುವೆ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತಡೆಯಾದ ಭಾಗವನ್ನು ಹುಡುಕಿ ಗುರುತಿಸುವುದೇ ಕೆಲಸಾರಿ ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸವಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗನುಗುಣವಾದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪಟ್ಟಿಗಳ ಅಂಟಿಕೆಯಿಂದ ತಡೆಯಾಗಿದ್ದರೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದರೆ ಸಾಕಾಗಬಹುದು. ಸುರುಳ್ಗರುಳು ಮತ್ತು ಕರುಳ್ತೂರಿಕೆಯಂಥ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಮೊದಲಿನ ದಿಕ್ಕಿಗೆ ತಿರುವಿ, ಇಲ್ಲವೆ ತೂರಿಕೊಂಡ ಕರುಳನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರಬಹುದು. ಆದರೆ, ಬಹುಪಾಲು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ಕೊಳೆಯುವ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿರುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಕೊಳೆತ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಉಳಿದ ಎರಡು ತುದಿಗಳನ್ನು ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲೆಯುತ್ತಾರೆ. ಗೋಲಿ, ಪಿತ್ತಕಲ್ಲು, ಗೆಡ್ಡೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಅಡಚಣೆಯಾಗಿದ್ದರೆ, ಆ ಭಾಗದ ಕರುಳನ್ನು ತೆರೆದು ಅವುಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದು ಹಾಕಿದರೆ ಸಾಕಾಗಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಕ್ಷಯದಂಥ ರೋಗಗಳಿಂದ ತಡೆಯುಂಟಾಗಿದ್ದರೆ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತಡೆಯಾದ ಭಾಗವನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸುತ್ತಲ ವಿಶಾಲವಾದ ಭಾಗವನ್ನೂ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗಬಹುದು. ನರಜಾಲದ ಕಾರ್ಯವೈಫಲ್ಯತೆಯಿಂದ ತಡೆಯಾಗಿರುವುದು ಖಚಿತವಾದರೆ, ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸದೆ, ಅವು ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುವಂತಹ

ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿ, ಔಪಸಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಬಹುದು.

ಕರುಳು – ತಡೆ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ನೋವು, ವಾಂತಿಗಳಿಂದ ಬಳಲುವವರಿಗೆ ರೋಗಿ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯರು ಮಾಡದೇ ಇರಬೇಕಾದ ಕೆಲವು ಕ್ರಮಗಳಿವೆ. ಅಂಥ ಅನುಮಾನವಿರುವವರಿಗೆ ಬಾಯಿ ಮೂಲಕ ಯಾವುದೇ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಬಾರದು. ಅಂಥ ಮದ್ದುಗಳ ರಭಸದ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಿಂದ ಕರುಳು ಒಡೆದು ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. 'ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆ' ಎಂದು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಎಣ್ಣೆಯಿಂದ ತೀಡುವುದು, ಉರಿಯುವ ಹಣತೆಯನ್ನಿಟ್ಟು ಲೋಟ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಮಗುಚಿ ಹಾಕಿ ನಿರ್ವಾತ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಇನ್ನೂ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಇಂಥ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಚರ್ಮ ಸುಟ್ಟು ಬೊಬ್ಬೆಗಳಾಗುವುದೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಎಷ್ಟೋ ಸಾರಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿ ಒಡೆದು ತೂತಾಗಿ ಜೀವಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ.

ಕರುಳು ತಡೆ – ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಒಂದು ಕ್ಲಿಷ್ಟ ಶಸ್ತ್ರ ವೈದ್ಯದ ಸಮಸ್ಯೆ, ಅದನ್ನು ಆರಂಭದಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸಿ, ಅಡನಾಡಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಮರುಳಾಗದೆ, ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸುವುದರಿಂದ, ಮುಂದಿನ ಅನಾಹುತಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬಹುದು.

* * * *

೧೫. ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿಕೆ

"ಭಟ್ಟಿ ಜಾರುವುದು", "ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವುದು" ಮುಂತಾದ ಪದಗಳ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಹಿಂದಿನ ಲೇಖನಗಳಲ್ಲಿ ಬಂದಿದೆ. ಹುದುಗೇಳಿಸಿ ಮದ್ಯಸಾರವನ್ನು ಇಳಿಸುವ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ "ಭಟ್ಟಿ ಇಳಿಸುವುದು" ಎಂಬ ಪದ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿದೆ. "ಭಟ್ಟಿ" ಎಂಬ ಪದಕ್ಕೆ "ಹೊಟ್ಟೆ"ಯೆಂಬ ಇನ್ನೊಂರ್ಥವೂ ಇದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆಯ ಕೆಲವು ಅವಯವಗಳು ತಮ್ಮ ಸಹಜ ಸ್ಥಾನದಿಂದ "ಜಾರಿ ಕೊಂಡಿವೆ" ಎಂಬ ಭಾವನೆಯನ್ನು ವ್ಯಕ್ತ ಪಡಿಸಲು "ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆ" ಎಂದು ಹೇಳುವುದು ಬಹುಶಃ ಈ ಅರ್ಥದಿಂದಲೇ.

ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಜಠರ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಹುಣ್ಣುಗಳು, ಕರುಳು–ತಡೆ, ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೇದೋಜೀರಕ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಉರಿತ, ಪಿತ್ತಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು, ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರೋಗಗಳು – ಮುಂತಾದವು ಉದರ ಬೇನೆಯಾಗಿಯೇ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ವಾಂತಿ ಭೇದಿ, ಆಮಶಂಕೆ, ಜಂತುಹುಳುಗಳ ಕಾಟದಿಂದಲೂ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುತ್ತವೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು.

ಆದರೆ, ಹಳ್ಳಿಗಾಡಿನ ಬಹುಪಾಲು ಜನರಿಗೆ (ನಗರವಾಸಿಗಳೂ ಹೊರತಲ್ಲ!) ಇಂಥ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ತಿಳುವಳಿಕೆ ಇರಲಾರದು. ಅವನ್ನು ಖಚಿತವಾಗಿ ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿಂದಲೂ ಅವರು ವಂಚಿತರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಮೂಢನಂಬಿಕೆ, ಅಂಧಶ್ರದ್ಧೆಗಳಿಂದ ಈ ತೆರನ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಅವರದೇ ಕುರುಡು ನಂಬಿಕೆಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಅವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನನುಸರಿಸುತ್ತಾರೆ. "ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವುದು" ಅಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲೊಂದು.

ಭಟ್ಟಿ ಜಾರುವುದು ಎಂದರೇನು ?

"ಭಟ್ಟಿ ಜಾರುವುದು" ಎಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರ

ಭಾವನೆಗಳೇನಿರಬಹುದೆಂಬದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಮೊದಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸೋಣ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ಜಠರ, ಯಕೃತ್ತು, ಕರುಳು, "ತೊರಳೆ" (ಗುಲ್ಮ)ಯಂತಹ ಅವಯುವಗಳು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಸ್ಥಾನಪಲ್ಲಟವಾಗುತ್ತವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಅವರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಶ್ರಮ ಜೀವಿಗಳು ಹೊಲ, ಗದ್ದೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಾಗ ಹೊರೆ ಹೊರುವುದು, ಭಾರ ಎತ್ತುವುದು, ಎತ್ತರದಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಧುಮುಕುವುದು, ಒಂದು ಕಡೆಯಿಂದ ಒಂದು ಕಡೆ ಜಿಗಿಯುವುದು ಮುಂತಾದವು ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ಕೆಲವು ಅವಯವಗಳು ತಮ್ಮ ನಿಗದಿತ ಸ್ಥಳದಿಂದ ಕೆಳಗೆ ಜಾರುತ್ತವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈ ಜನರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಇದನ್ನೇ ಕೆಲವರು "ಭಟ್ಟಿ ಬಿದ್ದಿದೆ" ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ.

ಸಾವಿರಾರು ಜನ ಸೇರುವ ಮದುವೆ – ಮುಂಜಿಗಳ ಸಮಾರಂಭಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲದ ಮೇಲೆ ಎಲೆ ಹಾಕಿ ಉಣ ಬಡಿಸುತ್ತಾರಷ್ಟೆ. ಹೀಗೆ ಊಟ ಮಾಡುವಾಗ ನಡೆದಾಡುವ ಜನರ "ಕಾಲುಧೂಳು" ಎಲೆಗಳಿಗೆ ಆಗುತ್ತದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿದೆ. ಈ ಸಮಾರಂಭಗಳಲ್ಲಿ ಊಟ ಮಾಡಿದವರಿಗೇನಾದರೂ ಭೇದಿ ಶುರುವಾದರೆ ಅವರ ಉಣಿಸಿಗೆ "ಕಾಲು ಧೂಳು" ಆಗಿದ್ದರಿಂದಲೇ ಎಂದು ದೂರುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಕೆಲವು ಕಡೆ "ರಂಚು" ಆಗಿದೆ ಎನ್ನುವುದುಂಟು. ಭಟ್ಟಿ ಬಿದ್ದಿರುವುದರಿಂದಲೇ ಹೀಗಾಯಿತೆಂಬ ಅನುಮಾನವೂ ಅವರಿಗಿರುತ್ತದೆ.

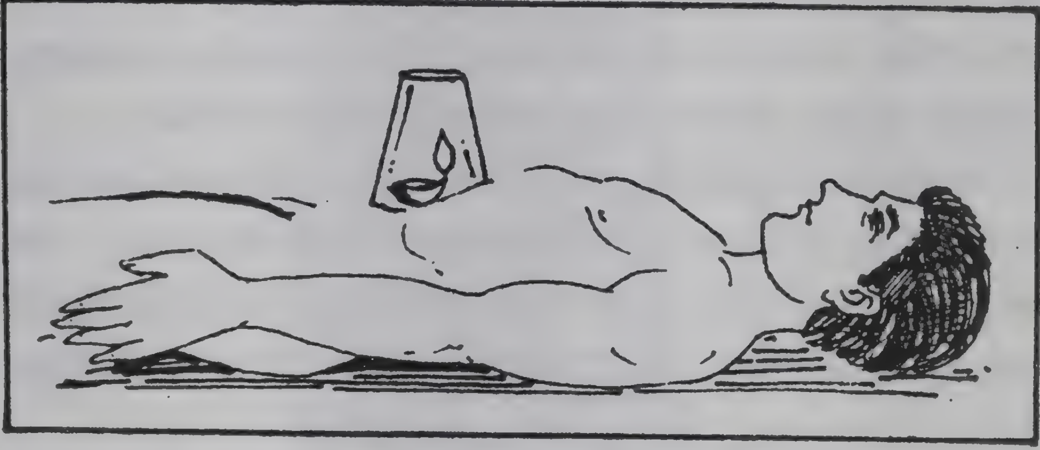
ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಚಳುಕು ಅಥವಾ ನೋವು ಶುರುವಾದರೆ ಮೊದಲು ಶಂಕಿಸುವುದು ಅವರು ನಂಬಿದ ದೈವ್ವ ಭೂತಗಳ ವಿಕೋಪವನ್ನು. ಅವನ್ನು ಸಂತೈಸಲು ಹರಕೆ ಹೊರುತ್ತಾರೆ. ಕಾಣಿಕೆ ಎತ್ತಿಡುತ್ತಾರೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದ ನಂತರ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ ನಾರು-ಬೇರುಗಳ ಕಷಾಯದ ಪ್ರಯೋಗ ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಇವಾವೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಬೀರದೆ ರೋಗಿ ಒದ್ದಾಡಿ ಕೂಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತಾನೆ. ಜೊತೆಗೆ ಮನೆಯವರೂ ಕಂಗಾಲಾಗಿ ರೋಧನ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಮನೆಯವರೂ ತಮ್ಮ ಸಹಾನುಭೂತಿಯನ್ನು ತೋರಿಸಲು ಬಂದು ಸೇರುತ್ತಾರೆ. ಅಂತಹ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಬೇನೆಗಳನ್ನು ನಿವಾರಣೆ ಮಾಡುವ ನಾಟಿ ವೈದ್ಯರಿಗೇನೂ ಕೊರತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವರಲ್ಲೊಬ್ಬ ರೋಗಿಯ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ತಡಕಾಡಿ ಅವನಿಗೆ ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆಯೆಂತಲೊ, ರಂಚು ಆಗಿದೆಯೋ ಎಂಬ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಾನೆ ! ಅವನೇ ಅದಕ್ಕೆ ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಮುಂದಾಗುತ್ತಾನೆ.

ಭಟ್ಟಿಕಟ್ಟುವ ವಿಧಾನ (ಚಿತ್ರ ೨೧)

ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು : ಎಳೆ ಬಿಸಿಯಾಗಿ ಕಾಯಿಸಿದ ಒಂದೆರಡು

ಸೊಲಿಗೆ ಹರಳೆಣ್ಣೆ, ಹಿತ್ತಾಳೆ / ಕಂಚಿನ ಲೋಟ ಇಲ್ಲವೆ ಚೆಂಬು, ಎಣ್ಣೆ ಊಡಿಸಿ ಬತ್ತಿ ಹಾಕಿಟ್ಟ ಒಂದು ಮಣ್ಣಿನ ಹಣತೆ, ಕಂಚಿನ ಬಟ್ಟಲು, ಒಂದು ಸಣ್ಣ ಸಗಣಿ ಮುದ್ದೆ, ಕೆಂಪು ನಾಮದ ಹುಡಿ, ಇತ್ಯಾದಿ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒಂದು ಧಾರ್ಮಿಕ ಸಂಸ್ಕಾರದಂತೆ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಬಟ್ಟಲಿನಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ನೀರು ಸುರಿದು ಅದಕ್ಕೆ ಕೆಂಪು ನಾಮದ ಹುಡಿಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಓಕಳಿ



ಚಿತ್ರ ೨೧. ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವ ವಿಧಾನ

ಉಂಡೆಯನ್ನು ಇರಿಸಿ, ಅದರಲ್ಲಿ ಹಣತೆಯನ್ನು ನೆಲೆಗೊಳಿಸುತ್ತಾರೆ. ಬೆಂಕಿ ಹೆಚ್ಚಿ ಹಣತೆಯನ್ನು ಉರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಬಟ್ಟಲನ್ನೆತ್ತಿ ಅದನ್ನು ರೋಗಿಯ ಶರೀರಾದ್ಯಂತ ಮೂರು ಸುತ್ತು ಬರಿಸುತ್ತಾರೆ. ನಂತರ ಹೊಕ್ಕಳದಿಂದ ಶುರುಮಾಡಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಎಳೆಬಿಸಿ ಹರಳೆಣ್ಣೆಯನ್ನು ಹಚ್ಚುತ್ತಾರೆ. ಎಣ್ಣೆ ಕುಡಿಕೆಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೈ ಅದ್ದಿ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹೊರ ವಲಯದಿಂದ ಶುರು ಮಾಡಿ ಮೊದಲು ಮೃದುವಾಗಿ ತೀಡಿ ನೀವುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಕ್ರಮವರಿತು ನಾಲ್ಕೂ ಕಡೆಯಿಂದ ತೀಡುತ್ತಾ ಹೊಟ್ಟೆ ಒಳಗಡೆಯ ಅವಯವಗಳು ಹೊಕ್ಕಳ ಕಡೆ ಸರಿದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ (?) ಮಾಡುತ್ತಾರೆನ್ನಲ್ಲಾಗಿದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಹಸ್ತದಿಂದ ಅವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಹೊಕ್ಕಳದ ಸುತ್ತಾ ಕೇಂದ್ರಿಕರಿಸಿದಂತೆ ಮಾಡಿ ಹಿಡಿದು ನಿಲ್ಲಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹೊಕ್ಕಳದ ಸುತ್ತಾ ಅವಯವಗಳೆಲ್ಲಾ ಬಂದಿರಬಹುದೆಂಬ ಅನುಭವ ಉಂಟಾದ ಕೂಡಲೆ, ಹೊಕ್ಕಳು ಅಥವಾ ಅದರ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಉರಿಯುತ್ತಿರುವ ಹಣತೆಯನ್ನು ಸಗಣಿ ಮುದ್ದೆ ಸಮೇತ ಇರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಕೂಡಲೆ ಲೋಟ ಅಥವಾ ಚೊಂಬಿನ ಬಾಯಿಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಮಾಡಿ ಉರಿಯುವ ಹಣತೆ ಅದರೊಳಗೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಗುಚಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲಿಟ್ಟು ಗಪ್ಪಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನು ಒಂದರ್ಧ ತಾಸಿನಲ್ಲಿ ಲೋಟವನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅದು ಸುಲಭವಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅದರೊಳಗಿನ ಗಾಳಿ ಮುಗಿದ ನಂತರ ಉರಿಯುತ್ತಿದ್ದ ಬತ್ತಿ ನಂದಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಉಂಟಾದ ನಿರ್ವಾತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ (Vaccum)ಯಿಂದ ಲೋಟ ಇನ್ನೂ ಗಪ್ಪಾಗಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರಲು ಸಾಧ್ಯ. ಈ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದ್ದು ಖಚಿತವಾಯಿತೆಂದು ನಂಬುತ್ತಾರೆ ! ಮುಂದೆ ಕೆಲ ಕಾಲಾನಂತರ ನೋವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಒದ್ದಾಡಿದಾಗ ಲೋಟ ಕಳಚಿ ಬೀಳಬಹುದು. ಕೆಲವು ಅಪರೂಪದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಲೋಟ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಾದರೂ ಕಳಚದೇ, ಅವನನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ನೆರವಿನಿಂದ ತೆಗೆಸಬೇಕಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳಾಗಿವೆ !

ಈ ತರಹೆಯ ಕೈಯಾಡಿಕೆ ಮತ್ತು ನಿರ್ವಾತ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ರೋಗಿಯ ನೋವು ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ಉಪಶಮನವಾದಂತಾಗಬಹುದು. ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಗೆ ರಕ್ತವೇರಿಕೆಯುಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅಪಾಯ ಕಟ್ಟಿಟ್ಟ ಬುತ್ತಿ.

ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿದ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಇದೇ ಮಾದರಿಯ ಚಿಹ್ನೆಯನ್ನು ಸಾರಾಸಗಟಾಗಿ ಜರುಗಿಸುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ನೋವುಗಳಿಗೆ ಎಣ್ಣೆ ಹಚ್ಚಿ, ಮೃದುವಾಗಿ ಉಜ್ಜಿ, ತೀಡುತ್ತಾರಷ್ಟೆ. ಅದಕ್ಕಾಗಿ ಬಳಸುವ ಒತ್ತಡ, ರಭಸಗಳು ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆಯನ್ನು ಸಹಾ ಅವಲಂಬಿಸುತ್ತದೆ. ಕಡಿಮೆ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ನಿಧಾನಗತಿಯ ತೀಡಿಕೆಯಿಂದ ಅಷ್ಟೇನೂ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಾಗಿರದವರಿಗೆ ಈ ತೆರನ ಕೈಯಾಡಿಕೆಯಿಂದ ನೋವು ಸಾಂತ್ವನಗೊಂಡಂತಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದಲೇ ಕೆಲವರು ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣಪುಟ್ಟ ಚಳುಕು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಎಣ್ಣೆ ತೀಡಿಸಿಕೊಂಡು ಆ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಚಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಕರುಳು–ತಡೆಯಂತಹ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಇದ್ದಾಗ ಇದರಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಊಹಿಸಲಸಾಧ್ಯ.

ಪರಿಣಾಮಗಳು

ದೀಪ ಹಚ್ಚಿ ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸುಟ್ಟ ಬೊಬ್ಬೆಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಲೋಟದ ಬಾಯಿ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಶಾಖದಿಂದ ಅದೇ ಆಕಾರದ ಸುಟ್ಟ ಗಾಯಗಳಾಗಲೂಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೨೨)

ಎದೆಗೂಡಿನ ಕೆಳಭಾಗದಿಂದ, ವಸ್ತಿಕುಹರ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ಪಕ್ಕಗಳಲ್ಲಿ

ಭದ್ರ ಭಿತ್ತಿಗಳಿರುವ ಸೀಮಿತ ಆವರಣದ ಉದರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳು ಕಿಕ್ಕಿರಿದು ತುಂಬಿರುತ್ತವೆ. ಅವೆಲ್ಲಾ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಹಿಂದುಗಡೆಯ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಕರುಳ್ನಡು



ಚಿತ್ರ ೨೨. ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಿದ್ದರಿಂದಾದ ಸುಟ್ಟಬೊಬ್ಬೆಗಳು

ಪರೆಗಳಂತಹ ರಚಗಟ್ಟುಗಳಿಂದ ಭದ್ರವಾಗಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಜಠರ, ಕರುಳುಗಳಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಸೀಮಿತ ಚಲನ–ವಲನದ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುವುದಾದರೂ ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸ್ಥಾನ ಪಲ್ಲಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲ ಸಾರಿ ಅಂಡವಾಯುಗಳ ಛಿದ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ನುಸುಳಿಕೊಂಡು ತೊಡಕು ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಸುರುಳ್ಗರುಳು, ಕರುಳು ಒಳ್ತೂರಿಕೆಯಂಥ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ತಿರುಚಿಕೊಂಡಂತಾಗ ಬಹುದಾದರೂ ಅವು ತಮ್ಮ ಜಾಗದಿಂದ "ಜಾರಿ ಹೋಗಿವೆ" ಎನ್ನಲಾಗದು. ದೊಂಬರಾಟದವರ ಹಾಗೂ ಸರ್ಕಸ್‌ನವರ ವಿವಿಧ ಭಂಗಿಗಳಿಗೆ ಹೀಗಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಬಹಳ ಸಮಯ ತಲೆಕೆಳಗಾಗಿ ಶೀರ್ಷಾಸನ ಹಾಕಿ ನಿಲ್ಲುವವರಲ್ಲೂ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಅವಯವಗಳು ಜಾರಿ ಸ್ಥಾನ ಪಲ್ಲಟವಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿದ್ದಂತಿಲ್ಲ. ಅಂದರೆ ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿಕೆ ಎಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅವಯವಗಳು ಜಾರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆಂಬುದು ಕೇವಲ ಊಹಾಪೋಹವೆ ಸರಿ.

ಜಠರ, ಕರುಳು, ಯಕೃತ್ತು ಇತ್ಯಾದಿ ಅವಯವಗಳು ಮೂಳೆಗಳಂತೆ ಗಡುಸಾದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲ. ಯಕೃತ್ತು, ಗುಲ್ಮಗಳು ಮೆದುವಾಗಿದ್ದರೆ, ಜಠರ ಕರುಳುಗಳು ವಾಯು ಮತ್ತು ದ್ರವ ತುಂಬಿದ ಬಲೂನಿನಂಥ ಟೊಳ್ಳಾದ

ಅವಯವಗಳಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳ ಭಿತ್ತಿಗಳು ಹೂವಿನ ಎಸಳುಗಳಂತೆ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ; ಭಟ್ಟಿಕಟ್ಟುವಂತಹ ಬಿರುಸಿನ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಾದಾಗ ಅವು ಹೂವಿನ ಎಸಳುಗಳನ್ನು ಹೊಸಕಿ ಹಾಕಿದಂತಾಗುತ್ತವೆ ; ಇಲ್ಲವೆ ಗಾಳಿ ತುಂಬಿದ ಬಲೂನಿನಂತೆ ಒಡೆದು ಛಿದ್ರವಾಗಬಹುದು. ಒಳಗಿನ ಜೀರ್ಣರಸ, ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕುಗಳೆಲ್ಲಾ ಹೊರಚೆಲ್ಲಿ ಉದರಕೋಶದ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯಲ್ಲಿ ತೀವ್ರವಾದ ಉರಿಯೂತ – ಪೆರಿಟೋನೈಟಿಸ್ – ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆ, ಜಂತುಹುಳು ಬಾಧೆಗಳಂತಹ ತೀರಾ ಸರಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲೂ ಭಟ್ಟಿಕಟ್ಟಿದರೆ, ಈ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಮಸುಕಾಗಿ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ ಪರಿಟೋನೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಗೊಳಿಸಿ ಗೊಂದಲಕ್ಕೆಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತದೆ. ಕೇವಲ ಒಂದು ತಿಂಗಳ ಹಿಂದೆ ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಬಾಣಂತಿಯೊಬ್ಬಳಿಗೆ ನಾಲ್ಕಾರು ಸಲ ಆಮಶಂಕೆ ಭೇದಿಯಾದಾಗ ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿದೆ ಎಂದು ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೀಡಿ ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟಿಸಿದ್ದ ಒಂದು ಪ್ರಕರಣ ಇಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖಾರ್ಹ. ಆಕೆಗೆ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಪರಿಟೋನೈಟಿಸ್ ಆಗಿ ಸಾವಿನ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿದ್ದಳು. ಹಲವಾರು ಬಾಟಲು ಗ್ಲೂಕೋಸ್, ಎರಡು ಬಾಟಲು ರಕ್ತಪೂರಣೆ ಮಾಡಿದ ನಂತರವೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಯಿತು. ಉದರ ಕೋಶವೆಲ್ಲಾ ಕೀವಿನ ಮಯವಾಗಿತ್ತು. ಸುಧಾರಿಸಿ ಕೊಳ್ಳಲು ಆಕೆ ನಾಲ್ಕು ವಾರ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಉಳಿಯಬೇಕಾಯಿತು.

ಇನ್ನು, ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಪಿತ್ತಕೋಶದುರಿತ, ಕರುಳು – ತಡೆಯಂಥ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇರುವವರ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೀರಾ ಮೃದುವಾಗಿ ತೀಡಿದರೂ ಅವಯವಗಳು ಒಡೆದು ಭೀಕರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಪಕ ಪರಿಟೋನೈಟಿಸ್‌ಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿ ಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರನ್ನು ಅಕ್ಷರಶಃ ಸಾವಿನ ದವಡೆಗೆ ತೂರಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಭಟ್ಟಿ ಕಟ್ಟುವಂತಹ ವಿಧಾನಗಳ ವಿವರ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗ್ರಂಥಗಳಲಿಲ್ಲ. ದೇಹದ ಒಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ವೇರಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಲು ಈ ತರಹೆಯ ಪದ್ಧತಿಯಿಂದ ನಿರ್ವಾತ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆಂಬ ಹೇಳಿಕೆಗಳಿವೆ. ಗರ್ಭಪಾತ ಉಂಟು ಮಾಡಲೂ ಸಹ ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಹೀಗೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರಂತೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪದ್ಧತಿ ತಲುಪಿರುವ ಉತ್ತುಂಗ ಮಟ್ಟದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲೂ ಈ ಬರ್ಬರ ವಿಧಾನ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವುದು ದುರದೃಷ್ಟಕರ. ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳ ಅವಿದ್ಯಾವಂತರೇ ಅಲ್ಲದೆ ನಗರವಾಸಿ ಬುದ್ಧಿಜೀವಿಗಳೆನಿಸಿ ಕೊಂಡವರೂ ಸಹಾ ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಈ ಅಡನಾಡಿ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಈ ಕಾಲದ ವಿಪರ್ಯಾಸಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದೆ.

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗ್ರಂಥಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪವಿಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲೂ ಈಗಿನ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳಿಗೆ ಈ ಬಗೆಗೆ ಬೋಧನೆಯಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ನಗರಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಹೊಟ್ಟೆನೋವಿನ ತುರ್ತುಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಪ್ರತಿದಿನ ಬರುವವರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಾದರೂ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಅರಿವಿರದ ವೈದ್ಯರು ಈ ಬಗೆಗೆ ಕೂಲಂಕಷವಾಗಿ ವಿಚಾರಿಸಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳ ಕರುಳಿನಲ್ಲಾದ ತೂತಕ್ಕೆ (ಫರಪೋರೆಶನ್) "ಕಾರಣ ತಿಳಿಯ ವ್ಯಾಧಿ" (ಇಡಿಯೋ ಪ್ಯಾಥಿಕ್) ಎಂದು ನಾಮಕರಣ ಮಾಡಿ ಮುಂದೆ ಆ ಬಗೆಗೆ ಯೋಚಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರಪಂಚದ ಇತರ ಕಡೆ ಕಾಣಸಿಗದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಾಗಬೇಕು. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಭಟ್ಟಿಕಟ್ಟುವುದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಅನಾಹುತಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ಮೂಡುವಂತೆ ಪ್ರಚಾರಗಳಾಗಬೇಕು. ಸಮೂಹ ಮಾಧ್ಯಮಗಳು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸಬಹುದು.

* * * *

೧೬. ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ

ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ನಾನಾ ರೋಗಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬರುವವರಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವವರದ್ದೇ ಬಹುಪಾಲು. ಇಂತಹ ಬಹುತೇಕ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಗೆ ನಿಗದಿತ ಕಾರಣ, ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೂ ಕೂಡ ಆಗಿರಬಹುದು. ಇವಕ್ಕೆ ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿ ಇನ್ನೊಂದು ಬಗೆಯ ರೋಗಗಳು ಈಗೀಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವಂತೆ ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೆ ಆರೋಪಿಸಬಹುದಾದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ ; ಅಥವಾ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೂ ಆಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರಿಭಾಷೆಯಲ್ಲಿ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ "ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ" (Functional Disorders) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಗುಂಪಿನ ಬಹುಪಾಲು ಜನರಲ್ಲಿ ಮನೋವೈಕಲ್ಯತೆಯ ಕುರುಹುಗಳು ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಆಧುನಿಕ ಜೀವನ ಕ್ರಮದ ಗೊಂದಲಮಯ ವಾತಾವರಣದ ಪ್ರತೀಕವೆನ್ನಲಾದ ಈ ವ್ಯಾಧಿಗೆ "ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ" (Irritable Bowel Syndrome) ಎಂದು ಹೆಸರಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ಉದರ ಬೇನೆ, ಮಲಬದ್ಧತೆ, ಭೇದಿ, ಮಾನಸಿಕ ತಳಮಳಗಳಂತಹ ವಿಲಕ್ಷಣ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಒಂದೇ ಸಾರಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ; ಇಲ್ಲವೆ ಅವು ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪ್ರಕಟವಾಗಲೂಬಹುದು. ಅವು ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಕಾರಣದಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗಿವೆಯೆಂದು ಹೇಳುವಂತಿಲ್ಲ ; ಒಂದು ಜೀರ್ಣಾಂಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದವೆನ್ನುವಂತಿಲ್ಲ ; ಅವುಗಳಿಂದ ಯಾವ ಅವಯವದಲ್ಲೂ ಶಾಶ್ವತ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ದುಗುಡ–ದುಮ್ಮಾನ, ಕಳವಳಗಳೇ ಕರುಳು – ಕೆರಳಿಕೆಯ ಮೂಲ ಕಾರಣವೆಂದು ಇತ್ತೀಚಿನವರೆಗೂ ನಂಬಲಾಗಿತ್ತು. ನಮ್ಮ ದೈಹಿಕ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಕೇಂದ್ರ ನರಮಂಡಲದಿಂದ ಮನಸ್ಸಿನ ಮೂಲಕ ನಿರ್ವಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆಂಬ ಕಲ್ಪನೆಯೇ ಈ ನಂಬಿಕೆಗೆ ಆಧಾರವಾಗಿತ್ತು. ಆದರೆ ಕರುಳಿನ ಸೀಮಿತ ಚಲನ ವಲನಗಳಿಗೆ ಅವುಗಳು ಸ್ನಾಯು ಕವಚಗಳಲ್ಲಿರುವ

ನರಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಂದಲೂ ನಡೆಯುತ್ತವೆ. ಈ ನರಗಳು ಮಿದುಳಿನ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರದೆ ಸ್ವತಂತ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿದೆ. ಕರುಳು – ಕೆರಳಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವ ರೋಗಿಗಳ ಕರುಳಿನೊಳಗೆ ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಬಲೂನನ್ನು ತೂರಿಸಿಟ್ಟು ಅವನಿಗೆ ಅರಿವಾಗದಂತೆ ಗಾಳಿ ತುಂಬಿ ಉಬ್ಬಿಸಿದಾಗ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ತೀವ್ರ ಸೆಡೆತ (Spasm) ಉಂಟಾಗುವುದನ್ನು ಪ್ರದರ್ಶಿಸಬಹುದು. ಇತರರಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಯೋಗ ನಡೆಸಿದಾಗ ಸೆಡೆತ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲವಾದ್ದರಿಂದ, ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪ್ರಚೋದನೆ ಇರುವುದನ್ನು ಸಾಬೀತು ಪಡಿಸಿದಂತಾಯಿತು. ಇದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವರ ಕರುಳನ್ನು ಕೆರಳಿಸುವ ಅಥವಾ ಒಗ್ಗದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಅಲ್ಲಿಗೆ ತಲುಪಿದಾಗ ವಿಲಕ್ಷಣ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆಂಬುದು ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಈ ಗೋಳದ ಮೇಲೆ ಆದಿ ಮಾನವನು ಜೀವನ ನಡೆಸಲು ಆರಂಭಿಸಿದಾಗ, ಸುಲಭವಾಗಿ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಗೆಡ್ಡೆಗೆಣಸು, ಹಣ್ಣು–ಹಂಪಲು, ಸೊಪ್ಪುಗಳು ಅವನ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳಾಗಿದ್ದವು. ಅಂತಹ ಅಪರಿಸ್ಕೃತ ಕಚ್ಚಾ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಅರಗಿಸಿ, ನಂತರ ಉಳಿದ ಒರುಟು ಒರಟಾದ ಶಿಲುಕನ್ನು ಯಾವ ಅಡಚಣೆಯೂ ಇಲ್ಲದೆ ಹೊರ ಹಾಕಲು ಆದಿ ಮಾನವನ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳು ಹೇಳಿ ಮಾಡಿಸಿದಂತಿದ್ದವು. ನಾಗರಿಕತೆಯ ಜೀವನ ಶೈಲಿ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಮಾನವನು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪರಿಷ್ಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾದವು. ಅವುಗಳ ಕವಚಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದ ಸಿಪ್ಪೆ, ನಾರು ತವುಡು ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಿ ರುಚಿಕರವಾದ ಒಳಗಿನ ಹೂರಣವನ್ನು ಭಂಜಿಸುವ ಪರಿಪಾಟ ಬೆಳೆಯಿತು. ಅವು ಪರಿಷ್ಕೃತಗೊಳ್ಳುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಪೂರಯಿತ (Saturated) ಕೂಡ ಆದವು. ಹೀಗಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಒಟ್ಟು ಗಾತ್ರ (Bulk) ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಯಿತು. ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಶಿಲುಕು ಚಲಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರವೂ ಬಹು ಮುಖ್ಯ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅಪರಿಷ್ಕೃತ, ಅಪೂರಯಿತ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ನಮ್ಮ ಪೂರ್ವಜರು ದಿನಕ್ಕೆ ಒಂದರೆಡು ಸಾರಿಯಾದರೂ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಈಗ ಹಸನುಗೊಳಿಸಿದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಭಂಜಿಸುವವರು ೨–೩ ದಿನಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವುದೂ ದುಸ್ತರವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣವೆಂದರೆ ಆಹಾರ

ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಬದಲಾವಣೆಯಾದ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲೇ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲೂ ಪೂರಕ ಬದಲಾವಣೆ, ವಿಕಾಸಗಳಾಗದಿರುವುದು. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೇ ಈಗ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವ, ನಾಗರಿಕತೆಯ ಕಾಯಿಲೆಗಳೆಂದು ಖ್ಯಾತಿ ಪಡೆದಿರುವ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ, ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಗಳ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಹೀಗೆ ಕರುಳಿಗೆ ಅಸಹನೀಯವಾದ ಹಾಗೂ ಅದರ ಚಲನೆಗೆ ಅನುಕೂಲಕರವಲ್ಲದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಕರುಳನ್ನು ತಲುಪಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿಯ ನರತಂತುಗಳಲ್ಲಿ ವಿಲಕ್ಷಣ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ವ್ಯಕ್ತ ಪಡುತ್ತದೆ; ಅವು ಅತಿ ಚುರುಕಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸಬಹುದು ; ಅವ್ಯವಸ್ಥಿತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವರ್ತಿಸಬಹುದು. ಅತಿಸಾರ, ಮಲಬದ್ಧತೆ, ಕುರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಬೇನೆಗಳು ಇಂತಹ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳ ಪರಿಣಾಮವೆಂಬುದು ಈ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವ ತಜ್ಞರ ಅಭಿಪ್ರಾಯ. ಆದರೂ ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಪಾತ್ರ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವಂತಿಲ್ಲ. ಅವರಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಜನರು ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ತಳಮಳದ ಸ್ವಭಾವದವರಾಗಿರುವುದಂತೂ ನಿಜ, ಕರುಳಿಗೆ ಒಗ್ಗದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಿಂದ ಅವರಲ್ಲಿ ಸುಪ್ತವಾಗಿದ್ದ ಮಾನಸಿಕ ಕ್ಷೋಭೆಗಳು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ಮನೋರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಇದರಿಂದಲೇ ಕರುಳು – ಕೆರಳಿಕೆಯ ಬಹುಪಾಲು ರೋಗಿಗಳು ಮನೋವೈದ್ಯರ ಖಾಯಂ ಗಿರಾಕಿಗಳಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಜನಸಮುದಾಯದ ಶೇ ೧೫–೨೦ರಷ್ಟು ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿವೆಯೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಇವರಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವನ್ನು ಅರಸಿ ಬರುವವರು ಕೇವಲ ಕಾಲುಭಾಗದಷ್ಟು ; ಸ್ತ್ರೀ ಪುರುಷರಿಬ್ಬರೂ ಒಂದೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆ ; ಆದರೆ ಯುವಕರು ಮತ್ತು ನಡುವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲೇ ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವಂತಿದೆ. ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ವಂಶ ಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಎಡಪಾರ್ಶ್ವದ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲೇ ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಯ ಬಹುಪಾಲು ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮಂದಗತಿಯ ಚಳುಕಿನಿಂದ ಹಿಡಿದು ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ ಸೆಡೆತದಂಥ ನೋವು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಿಟ್ಟು – ಬಿಟ್ಟು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಬೇನೆ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶ ಹಾಗೂ ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯವರೆವಿಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ ಜೀರ್ಣಕೆ ಹುಣ್ಣು ಮತ್ತು ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್‌ನ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅಣಕಿಸುವಂತಿರಬಹುದು. ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಅನೇಕರ ಬಲಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ಕಲೆ ಇರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ !

ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಶುರುವಿಗೆ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯ ಮತ್ತು ರೀತಿ–ನೀತಿಗಳಲ್ಲಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ದಿನದಲ್ಲಿ ನಾಲ್ಕಾರು ಸಲ ಭೇದಿಯಾದರೆ, ಮುಂದಿನ ೩–೪ ದಿನ ಮಲಬದ್ಧತೆ ಅವರನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಮರುಕಳಿಸುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ನಡುವಿನ ಅಂತರದಲ್ಲಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಎಂದಿನ ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುವುದೂ ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ ! ಮಲದಲ್ಲಿ ಲೋಳೆಯ ಅಂಶ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು ಆಮಶಂಕೆಯಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಸಂಶಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ ಪರಸ್ಪರ ವಿರುದ್ಧ ಹಾಗೂ ಮಿಶ್ರ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿಗಳಿರುವ ಕರುಳು–ಕೆರಳಿಕೆಯ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮೂರು ಗುಂಪುಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು.

ಕರುಳು ಸೆಡೆತದ ಲಕ್ಷಣದವರು : (Spastic Colon Type) : ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರ, ಉದರ ಬೇನೆ, ಈ ಗುಂಪಿನವರ ಪ್ರಮುಖ ದೂರು. ಬೇನೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಡ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಲ ಅಥವಾ ವಾಯು ಕಳೆತದ ನಂತರ ಬೇನೆ ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯ ಒಳಗಡೆ ಗುಡು–ಗುಡು ಶಬ್ಧವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮಲದಲ್ಲಿ ಲೋಳೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಪೂರ್ತಿ ಮಲ ಒಂದೇ ಸಾರಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗದೆ ಪದೇ ಪದೇ ಕಕ್ಕಸ್ಸಿಗೆ ಹೋಗಬೇಕೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಇವರ ತೊಂದರೆ ಕರುಳಿನಲ್ಲೇ ಇರಬಹುದಾದರೂ ಅವರು ನೀಡುವ ಗೊಂದಲಮಯ ಹೇಳಿಕೆಗಳಿಂದ ವ್ಯಾಧಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಅವಯವವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕೆಲ ಸಾರಿ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೨೩)

ಬಹುದಿನಗಳ ನೋವಿಲ್ಲದ ಭೇದಿ (Chronic Painless Dirrhoea): ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಹಾಸಿಗೆಯಿಂದ ಏಳುತ್ತಲೇ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಅವಸರ, ಅತ್ಯಂತ ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಂತಾಗುವುದು, ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಕಕ್ಕಸಿಗೆ ಹೋಗುವಂತಾಗುವುದು, ಇವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ರೋಗಾಣು ಮೂಲದ ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆ, ವ್ರಣಾಧಾರಿತ

ಕರುಳುರಿತ, ಹಾಲ್ಸಕ್ಕರೆ ಒಗ್ಗದಿಕೆ ಮುಂತಾದ ಇಂತಹವೇ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.



ಚಿತ್ರ ೨೩. ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ (ವ್ಯಂಗ್ಯ ಚಿತ್ರ)

ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣಿನ ಮಾದರಿಯವರು (Non-Ulcer Dyspepsia) : ಆಹಾರ ಸೇವನೆಯ ನಂತರ ಹೊಟ್ಟೆಯುಬ್ಬರಿಸಿಕೊಂಡಂತಾಗುವುದು, ಪದೇ ಪದೇ ತೇಗು ಬರುವುದು, ವಾಕರಿಕೆಯಾಗುವುದು ಮುಂತಾದ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವುದಾದರೂ ಹುಣ್ಣಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕರುಳು–ಕೆರಳಿಕೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿಸುವಂತೆಯೂ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕರುಳು–ಕೆರಳಿಕೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಈ ಲಕ್ಷಣವಿರುವವರನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಪರಸ್ಪರ ವಿರೋಧಾಭಾಸದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವ, ಅವು ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಅವಯವದ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೀಮಿತವೂ ಆಗಿರದಂಥ ಈ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಒಂದು ಜಟಿಲ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೂ ಸೇರಿದ್ದು ರೋಗಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರಿಬ್ಬರೂ ಗೊಂದಲಮಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೆದಿರುವುವಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಕರುಳು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಜೀರ್ಣಾಂಗದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡುಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆ, ಕರುಳುರಿತ, ಹಾಲ್ಸಕ್ಕರೆ ಒಗ್ಗದಿಕೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ವ್ಯಕ್ತಪಡುವುದರಿಂದ, ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಲು ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ, ಮಲಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸು, ಬೇರಿಯಂ ಎನಿಮಾ, ಕರುಳು ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಆ ರೋಗಗಳ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಗೋಚರವಾಗದಿದ್ದಾಗ ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಯೇ ಕಾರಣವೆಂದು ನಂಬಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಕೋಲಿನ್ ಧಮನಿಕ (Anti Cholenergic) ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಪ್ರಾಯೋಗಿಕವಾಗಿ ನೀಡಿದಾಗ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆತರೆ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ರೋಗಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ರೋಗದ ಇತಿಹಾಸದ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾದ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಗೆ ಖಚಿತವಾದ ಕಾರಣಗಳು ಇನ್ನೂ ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಒಗ್ಗದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಚಲಿಸುವಾಗ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ವಿಲಕ್ಷಣ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸುವೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ದುಗುಡ–ದುಮ್ಮಾನಗಳು ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಉತ್ಪ್ರೇಕ್ಷೆಯಾಗುವಂತೆ ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆನ್ನಲೂಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದಾದರೂ ಈ ಎರಡೂ ಕಾರಣಗಳ ಪ್ರಭಾವಗಳನ್ನು ತಟಸ್ಥಗೊಳಿಸುವಂತಿರಬೇಕು.

ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಭೇದಿಯ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಡಲು ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಸಾಕಷ್ಟು ನಾರು, ತವುಡು, ಹುರಬುರುಕುಗಳು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಹಸಿರು ತರಕಾರಿ, ಹಣ್ಣು, ಹಂಪಲುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಕರುಳನ್ನು ಕೆರಳಿಸಿ ಉದ್ರೇಕಿಸುವಂಥ ಖಾರ, ಮಸಾಲೆ, ಕರಿದ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟು ದೂರ ಮಾಡಬೇಕು. ಒಗ್ಗದಿರುವ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಡೈರಿಯಲ್ಲಿ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಮುಂದೆ

ಅವುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸದಂತೆ ಎಚ್ಚರವಹಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಎಡೆಬಿಡದೆ ಮಲಬದ್ಧತೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ಬಳಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಅವುಗಳ ಬಳಕೆಯ ಅಭ್ಯಾಸ ಮುಂದುವರಿಯದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕು. ಮಲದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ನೀರಿನ ಅಂಶವನ್ನು ಹಿಡಿದಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವ ತೇವನಿಕ (Hydrophilic) ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳ–ಅಗರ್, ಇಸ್ಫಾಗುಲ್ – ಅಂಶಗಳಿರುವವು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಉಪಯುಕ್ತವಾದವು.

ಉದರ ಬೇನೆ, ಕರುಳು ಸೆಡೆತದ ಬಾಧೆಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಕೋಲಿನ್ ಧಮನಿಕ ಗುಣಗಳಿರುವ – ಅಟ್ರೋಫೀನ್, ಹಯೋಸೀನ್ ನಂತಹ ಮದ್ದುಗಳು ಪ್ರಯೋಜನಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲವು. ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಮೇಲುಗೈಯಾಗಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮನೋಸ್ವಾಸ್ಥಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯನ್ನೂ ಜೊತೆ ಜೊತೆಗೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆಯ ಲಕ್ಷಣವಿರುವವರು ಮನಸ್ಸಿನ ತರಾತುರಿಯನ್ನು ಹಿಡಿತದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು, ಮನಕ್ಲೇಶಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಖಾರ, ಮಸಾಲೆ ಸಾಂಬಾರ ಯುಕ್ತ ಆಹಾರಗಳನ್ನು ತ್ಯಜಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನ ಪಡಬೇಕು. ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ, "Avoid Hurry, Worry and Curry !"

* * * *

೧೭. ಮೊಳೆ ರೋಗ

ಪೀಠಿಕೆ

ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಆಹಾರ ಸೇವಿಸುವ ಕಾರ್ಯ, ನಮ್ಮ ಶರೀರದ ಇತರ ಕಾರ್ಯ ಕಲಾಪಗಳಿಗೆ ಹೋಲಿಸಿದಾಗ ಸುಲಲಿತವಾಗಿಯೇ ಜರುಗುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ರುಚಿಕರವಾಗಿದ್ದರಂತೂ ನಾವು ಕಂಠ ಪೂರ್ತಿ ಉಣ್ಣುತ್ತೇವೆ. ಆದರೆ ದಿನವೆಲ್ಲಾ ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರ ವಿಶಾಲವಾದ ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲದೊಳಗೆ ಸಂಚರಿಸಿ, ಪಚನವಾಗಿ ಉಳಿದ ಶಿಲುಕು ಮಲದ ಸ್ವರೂಪದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವುದು, ಅತ್ಯಂತ ಕುತೂಹಲಕರ ಹಾಗೂ ಜಟಿಲವಾದ ಕಾರ್ಯವೇ ಸರಿ. ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ನಾವು ಭುಂಜಿಸಿದಷ್ಟೆ ಸರಾಗವಾಗಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬುದು ಎಲ್ಲರ ಅನುಭವವೆನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತೆ ಅದರಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಈಗ ಮಾನವರೆಲ್ಲರ ಮಾನಸಿಕ ಹಾಗೂ ದೈಹಿಕ ವ್ಯಾಕುಲತೆಯ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ. ಒಂದು ದಿನ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ ಪ್ರಪಂಚವೇ ತಲೆಕೆಳಗಾದಂತೆ ಗಾಬರಿ ಪಡುವವರಿರುತ್ತಾರೆ ; ಅದೇ ನಾಲ್ಕಾರು ಸಾರಿ ಆದರೆ ಸುಸ್ತಾಯಿತೆಂದು ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುವವರೂ ಕಡಿಮೆ ಇಲ್ಲ. ಇನ್ನು ಮಲದ್ವಾರದ ಸನಿಹದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ, ಕೀವು ಸುರಿದರೆ ತಾವು ಭಯಂಕರ ಅನಾಹುತಕ್ಕೆ ಸಿಲುಕಿದ್ದೇವೆಂದು ಗಾಬರಿ ಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವವರೆಷ್ಟೋ ಮಂದಿ. ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಕಡೆಯ ಭಾಗದ ಪ್ರಸ್ತಾಪ ಕೆಲವರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಅಸಹ್ಯಕರ ಭಾವನೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿಯ ಆಗುಹೋಗುಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಸಮತೋಲನವನ್ನೇ ಏರುಪೇರು ಮಾಡಬಹುದು. ಕೆಲವರ ಮೂಲ ವ್ಯಕ್ತಿತ್ವವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಈ ಭಾಗ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆಂದರೂ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು. ಬಹುಶಃ ಇದರಿಂದಲೇ ಈ ವಲಯದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಸಾರಾಸಗಟಾಗಿ "ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ"ಗಳೆನ್ನುತ್ತಾರೆ !

ಗುದನಾಳ ಮತ್ತು ಗುದ (ಮಲ) ದ್ವಾರದ ಆಸು–ಪಾಸಿನಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ರೋಗಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಗುದದ್ವಾರದೊಳಗಡೆಯ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಲೋಳ್ಪರೆಗಳು ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು, ಹೊರಚಾಚಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಮೊಳೆ ರೋಗ" (Piles) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪರ್ಯಾಯವಾಗಿ ಇದಕ್ಕೆ ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ ಎಂದು ಸಹ ಹೇಳಬಹುದು. ಮಲದ್ವಾರದ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿ ಸೀಳಾಗಿ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಬೇನೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವಕ್ಕೆ "ಸೀಳುರೋಗ" (Fissure in Ano) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಗುದದ್ವಾರದ ಸುತ್ತ ಕೆಲವು ಕಡೆ ಬಾವು ಅಥವಾ ಕುರ (Perianal Abscess) ಏಳಬಹುದು. ಇಂಥಾ ಬಾವುಗಳೇ ಸರಿಯಾಗಿ ಒಡೆದು ವಾಸಿಯಾಗದಿದ್ದಾಗ ಸದಾ ಕೀವು ಸುರಿಯುವ 'ಫಿಸ್ಚುಲಾ' (Fistula in Ano)ಗಳಾಗಬಹುದು. ಗುದನಾಳದ ಒಡಗಡೆಯಿಂದ ನೇತಾಡಿ ರಕ್ತ ಸುರಿಸುವ "ಹಲಗಾಲಿ" (Polyps) ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಜನಸಾಮಾನ್ಯರು ಇಂಥಾ ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಮೂಲವ್ಯಾಧಿಯಾಗಿದೆಯೆಂದು ಹೇಳುವುದು ರೂಢಿಯಾಗಿ ಬಿಟ್ಟಿದೆ.

ಮೊಳೆ ರೋಗ ಸಂಭಾವ್ಯ ಕಾರಣಗಳು

ಮೊಳೆರೋಗ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ವಿಷಯದಲ್ಲಿ ಹಲವು ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗಳಿವೆ. ಮಾನವನ "ನೆಟ್ಟನೆಯ ನಿಲುವು" (Erect Posture) ಮತ್ತು ಗುದನಾಳದ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿ ಕವಾಟಗಳಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಮೊಳೆರೋಗದ ತಳಹದಿಗಳಾಗಿವೆಯೆಂದು ಇತ್ತೀಚಿನವರೆವಿಗೂ ನಂಬಲಾಗಿತ್ತು. ಜೊತೆಗೆ ಬಹುದಿನಗಳ ಮಲಬದ್ಧತೆ ಹಾಗೂ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ತಿಣುಕುವುದು ಮೊಳೆರೋಗದ ಮೂಲ ಕಾರಣವೆಂದೂ ಹೇಳಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಎರಡನೆಯ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಈಗ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮ್ಮತಿ ಇರುವಂತಿರುವುದಾದರೂ ಮೊದಲನೆಯದರ ಬಗೆಗೆ ಈಗ ಅಬಿಪ್ರಾಯ ಬದಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ವಾದದ ಪ್ರಕಾರ : ಮೊಳೆ ರೋಗದ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣವಾದ ಉಬ್ಬಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಸಡಿಲ ಲೋಳ್ಪರೆಗಳು ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿ ನೈಸರ್ಗಿಕವಾಗಿ ಇರುತ್ತವೆ; ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆ ಸಲೀಸಾಗಿ ಜರುಗುವುದಕ್ಕೆ ಅವು ಒಂದು ಕುಷನ್ (Cushion) ಹಾಗೆ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಸಾರಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವುದು ಗುದನಾಳದ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಸ್ವಲ್ಪಭಾಗ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಕೆಳಗೆ ಜರಿಯುತ್ತದೆ. ಬಹಳ ಸಮಯ ಅತಿಸಾರದಿಂದ ಬಳಲುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಲೋಳ್ಪರೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಗೆ ಜರುಗುವುದು (Prolapse)

ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಗುದನಾಳದ ಉಬ್ಬಿದ ಶಿರೆಗಳಿಗೆ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಧಮನಿಗಳ (Artery) ಲೋಮನಾಳಗಳ ಜೊತೆ ನೇರ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವುದು ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ಬೆಳಕಿಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಮೊಳೆ ರೋಗದವರಲ್ಲಿ ಸುರಿಯುವ ಹಚ್ಚನೆಯ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ, ಧಮನಿಗಳಿಂದ ಬಂದಿರುವುದೆನ್ನುವುದನ್ನು ಇದು ಸಾಬೀತುಗೊಳಿಸುವಂತಿದೆ ; ಮಲಬದ್ಧತೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಮಲದ ಗಡುಸಾದ ಒರಟು ತುಣುಕುಗಳು ಮಲದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವಾಗ ಮೊದಲೇ ಉಬ್ಬಿದ ಲೋಳ್ಪರೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಉಜ್ಜಿ ಒಡೆದುಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಮೊಳೆರೋಗವನ್ನು ಸೃಷ್ಟಿ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲರಲ್ಲೂ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ ; ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ತಿಣುಕುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆನ್ನಬಹುದು. ತೀರಾ ಮುಂದುವರಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಹೊರಚಾಚುತ್ತವೆ. ಮೊಳೆರೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಇದು.

ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಕರುಳುಗಳಲ್ಲಿ ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆಗೊಳಗೊಂಡು ಶಿಲುಕು ಸರಾಗವಾಗಿ ಹೊರ ಬರಲು ಅವು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ನಾರು, ಮರದೆಳೆ, ಹುರುಬುರುಕು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಸೊಪ್ಪು, ತರಕಾರಿ, ಗೆಡ್ಡೆ ಗೆಣಸು, ಹಣ್ಣು-ಹಂಪಲುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಿದ್ದ ನಮ್ಮ ಪೂರ್ವಿಕರಲ್ಲಿ ಮಲಬದ್ಧತೆಯ ಪ್ರಯಾಸವಿರುತ್ತಿರಲಿಲ್ಲ ; ಅವರಲ್ಲಿ ಮೊಳೆರೋಗದಂಥ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಕಾಟವೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರಲಿಲ್ಲವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಈಗಲೂ ಅಂತಹ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನೇ ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಿರುವ ಆಫ್ರಿಕಾದ ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಜನರಲ್ಲಿ ಮೊಳೆರೋಗದ ಪ್ರಕರಣಗಳು ತೀರಾ ಅಪರೂಪವೇ. ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ನೋಡುವುದಕ್ಕೆ ಚೆನ್ನಾಗಿರಬೇಕಂತಲೋ, ರುಚಿಯಾಗಿರಬೇಕೆನ್ನುವ ನೆವದಿಂದಲೋ ಅವುಗಳನ್ನು ಪರಿಷ್ಕರಿಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಈಗ ರೂಢಿಯಾಗಿದೆ. ದವಸ ಧಾನ್ಯ ತರಕಾರಿ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಹೊರ ಕವಚದಲ್ಲಿರುವ ನಾರು, ತವುಡುಗಳಲ್ಲಿ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಹುರುಬುರುಕು ಇರುವುದಲ್ಲದೆ, ಜೀವಸತ್ವಗಳಲು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಂಪು ಅಕ್ಕಿಯ (ಕೇಸಕ್ಕಿ) ಬಣ್ಣವನ್ನು ಸಹಿಸಲಾಗದೆ. ಅಗಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ಪಾಲಿಷ್ ಮಾಡಿಸಿ ಬೆಳ್ತಕ್ಕಿಯನ್ನಾಗಿ ಪರಿವರ್ತಿಸುವುದು ಈಗಿನ ಫ್ಯಾಷನ್. ಅಂಥ ಅಕ್ಕಿಯನ್ನು ಸೇವಿಸುವ ಬಡರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನರ ಕೈಕಾಲು ಊದಿಕೊಂಡು, ಉದರಕೋಶದಲ್ಲಿ ನೀರು ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳುವ (ಜಲೋದರ) "ಬೆರಿ ಬೆರಿ" ಎಂಬ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಇದೇ

ಕಾರಣವೆನ್ನುವುದು ಸಾಬೀತಾಗಿರುವುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು ಹೀಗೆ ಪರಿಷ್ಕರಿಸಿದ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಆಹಾರಾಂಶಗಳು ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಆಶಯದಿಂದ ಅವನ್ನು 'ಪೂರಯಿತ'ಗೊಳಿಸುತ್ತೇವೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕ್ರಮಗಳಿಂದ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರದ ಒಟ್ಟು ಗಾತ್ರ ಬಹಳ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಮುಂದುವರಿದ ಚಲನೆಗೆ ಇದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಉತ್ತೇಜನ ದೊರೆಯುವುದಿಲ್ಲ ; ಆಧುನಿಕ ಜನರ ಚಟುವಟಿಕೆ ರಹಿತ ಜೀವನ ಕ್ರಮ ಕರುಳಿನ ಚಲನೆಯನ್ನು ಮಂದ ಗೊಳಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿಯೂ ಇದೆ! ಇವುಗಳೆಲ್ಲರ ಪರಿಣಾಮವೇ ಜನರಲ್ಲಿ ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿರುವ ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಅಂತಿಮ ಪರಿಣಾಮವೆನ್ನಬಹುದಾದ ಮೊಳೆರೋಗದಂಥ ವ್ಯಾಧಿಗಳು. ಆಧುನಿಕ ನಾಗರಿಕತೆಯ ಹವ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ನಾವು ತೆರಬೇಕಾಗಿರುವ ಬೆಲೆ ಇದೆಂದರೂ ತಪ್ಪಾಗಲಾರದು.

ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳಿಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಗಲುವ ಆಮಶಂಕೆ, ಅತಿಸಾರಗಳ ಸೋಂಕು ಅವುಗಳ ಸ್ನಾಯು ಮತ್ತು ಲೋಳ್ಪರೆಗಳನ್ನು ಶಿಥಿಲಗೊಳಿಸಿ ಮೊಳೆರೋಗದ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಡುತ್ತವೆ. ಉದರಕೋಶದೊಳಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ, ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಪೋರ್ಟಲ್ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ (Portal Hypertension) ಮುಂತಾದವುಗಳೂ ಸಹಾ ಮೊಳೆರೋಗದ ಕಾರಣಗಲಾಗಬಹುದು. ಕುಳಿತುಕೊಂಡು ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವ ಅಭ್ಯಾಸದಿಂದ ಗುದನಾಳದ ಸಹಜ ಅಂಗಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗಿ, ಮಲವನ್ನು ಹೊರತಳ್ಳಲು ಮುಕ್ಕಬೇಕಾಗುವುದು. ಇದರಿಂದ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಇತರರಿಗಿಂತ ಮೊಳೆರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೂ ಇದೆ. ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದ ಹಲವು ಪೀಳಿಗೆಯವರಲ್ಲಿ ಮೊಳೆರೋಗ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅನುವಂಶೀಯ ಪ್ರಭಾವವನ್ನೂ ತಳ್ಳಿ ಹಾಕುವಂತಿಲ್ಲ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

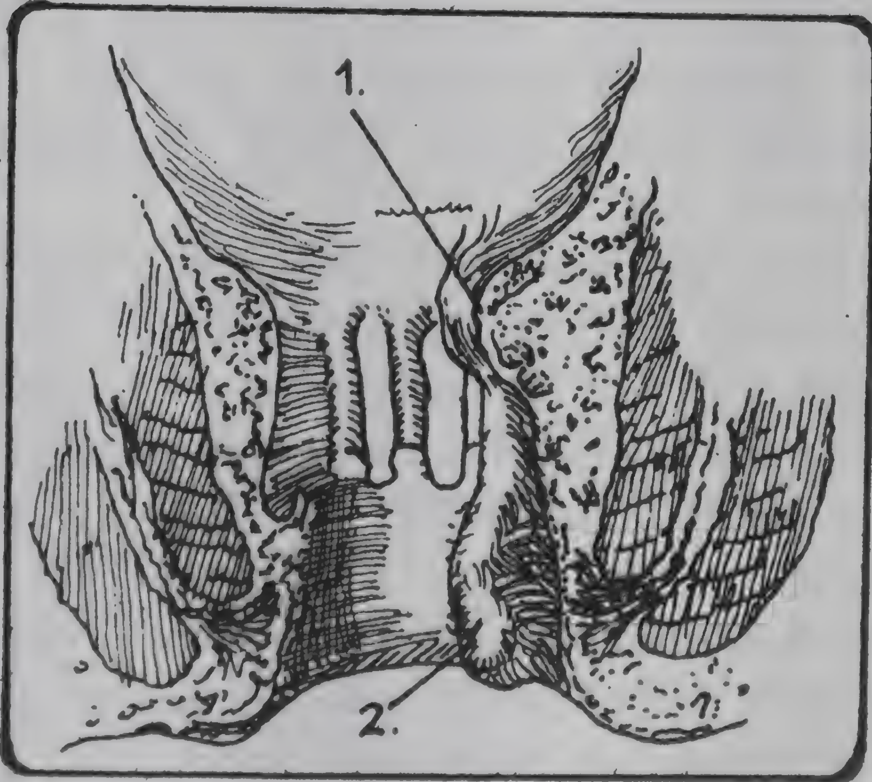
ಜನ ಸಮೂಹದ ಮೂರನೆ ಒಂದು ಭಾಗದವರು ತಮ್ಮ ಜೀವಮಾನದ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ಒಂದು ಹಂತದ ಮೊಳೆರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಸ್ತ್ರೀ-ಪುರುಷರಿಬ್ಬರಲ್ಲೂ ಅದು ಒಂದೇ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಯಾವ ವಯೋಮಾನದವರೂ ಇದಕ್ಕೆ ಹೊರತಲ್ಲ. ಆದರೂ ಸುಮಾರು ೩೦-೮೦ರ ವಯೋಮಾನದ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲೇ

ಮೊಳೆರೋಗದಿಂದ ನರಳುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ-ಅದರಲ್ಲೂ ನೋವಿಲ್ಲದ



ಮೊಳೆಗಳು ಕಾಣಿಸುವ ರೀತಿ



ಚಿತ್ರ ೨೪. ಮೊಳೆರೋಗ, ೧. ಒಳಗಿರುವ ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ, ೨. ಹೊರಚಾಚಿದ ಮೂಲವ್ಯಾಧಿ.

ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದು, ಮೊಳೆರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣ. ಮೊಳೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಗೆ ಜಾರಿಕೊಂಡಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ಅವುಗಳೊಳಗೆ ರಕ್ತಗರಣೆ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡಾಗ ಮಾತ್ರ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಆರಂಭ ಇಲ್ಲವೆ ನಂತರ ಹಚ್ಚ ರಕ್ತ ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆಲವೇ ಕೆಲವು ತೊಟ್ಟುಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಒಂದೆರಡು ಔನ್ಸ್‌ಗಳಷ್ಟು ರಕ್ತ ಜೇರ್ಕೊಳವಿಯಲ್ಲಿ ಚಿಮ್ಮುವಂತೆ ಸುರಿಯಬಹುದು.

ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಆಂತರಿಕ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಮೊಳೆ ರೋಗಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಅಂತಿಮ ಹಾಗೂ ಗುದನಾಳದ ಆರಂಭದ ಮಟ್ಟದ ಕೆಳಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವವನ್ನು ಆಂತರಿಕ ಮೊಳೆಗಳೆಂದೂ, ಇನ್ನೂ ಕೆಳಗೆ ಆಸನ ದ್ವಾರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಿ ಹೊರಚಾಚುವವನ್ನು ಬಾಹ್ಯ-ಮೊಳೆಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೨೪) ಆದರೂ ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ತರಹೆಯವು ಒಂದುಗೂಡುವುದರಿಂದ ವಾಸ್ತವವಾಗಿ ಅವನ್ನು ಒಂದರಿಂದ ಇನ್ನೊಂದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಪ್ರಧಾನ ಮೊಳೆಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂರು ನಿಗದಿತ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಗಡಿಯಾರದ ಮುಖ ಫಲಕದ ೩, ೭, ೧೧ ಅಂಕೆಗಳ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಅವು ಗುದದ್ವಾರದ ಸುತ್ತ ಕಾಣಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಮಧ್ಯಂತರದಲ್ಲೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಮರುಚಲ ಮೊಳೆಗಳು (Secondary Piles) ಗಳು ಇರಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೨೪)

ಮೊಳೆಗಳ ಪ್ರಗತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಅವನ್ನು ನಾಲ್ಕು ದರ್ಜೆಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೋವಿಲ್ಲದೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಹಂತವನ್ನು ಮೊದಲನೆ ದರ್ಜೆಯ ಮೊಳೆ ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮೊಳೆಗಳು ಹೊರಗೆ ಜಾರುವುದಿಲ್ಲ. ಎರಡನೆಯ ದರ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಜೊತೆಗೆ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವು ಹೊರಗೆ ಜಾರಿಕೊಂಡರೂ, ನಂತರ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಳಗೆ ಸರಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಹಾಗೆ ಸರಿದುಕೊಂಡ ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಕೈಯಿಂದ ಬಲತ್ಕಾರವಾಗಿ ಒಳ ತಳ್ಳುವ ಹಂತ ಬಂದಾಗ ಅವನ್ನು ಮೂರನೇ ದರ್ಜೆಯವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಾಲ್ಕನೆಯ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮೊಳೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಗೆ ಜರುಗಿ ವಿಪರೀತ ನೋವು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ, ಬಲಾತ್ಕಾರದಿಂದ ತಳ್ಳಿದರೂ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ (ಪ್ರೊಲಾಪ್ಸ್ಡ್ ಪೈಲ್ಸ್).

ಗಡುಸು ಮತ್ತು ಒರಟಾದ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳು ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಉಜ್ಜಿ, ಗಾಯಮಾಡಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು ; ಅಂಥ ಗಾಯಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗಲಿ ಗುದನಾಳ ಅಥವಾ ದ್ವಾರದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತವಾಗುವುದೂ ಉಂಟು ; ಮೊಳೆಗಳೊಳಗಿನ ರಕ್ತಗರಣೆಗಟ್ಟಿ ಅವು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಊದಿಕೊಂಡು, ನೋವು ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ಬಾಹ್ಯ ಮೊಳೆಯ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಒಡೆದು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿ ಹೊರಗಡೆಯ ಊತಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಮೊಳೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಚಾಚಿ ಒಳಗೆ ಜರುಗಿಸಲಾಗದಂತಹ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಾಗ ಅವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಲ್ಲ. ಅದೇ ರೀತಿ ತಿಣುಕಿದಾಗಲೂ ಹೊರ ಚಾಚುವ ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ರಬ್ಬರ್ ಗವಸುಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿದ ಕೈ ಬೆರಳನ್ನು ಆಸನದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ವಿಧಾನ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದ್ದರೂ ತೊಡಕುಗಳಿಗೊಳಗಾಗದ ಸಹಜ ರೀತಿಯ ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಆದರೂ ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಹಲಗಾಲಿ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಂತಾದವನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಲು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಲೇಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುದನಾಳ ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನನ್ನು (ಪ್ರೊಕ್ಟೋಸ್ಕೋಪ್) ಒಳಗೆ ತೂರಿಸಿ ನೋಡುವುದರಿಂದ ಮೊಳೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿರುವ ಜಾಗ, ಅವುಗಳ ದರ್ಜೆ, ರಕ್ತ ಸುರಿಯುತ್ತಿರುವುದು, ಉರಿಯೂತ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದನಾಳ ಮತ್ತು ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ೩–೪ ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಪ್ರದೇಶವನ್ನು ಈ ದುರ್ಬೀನಿನಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿ ತಿಣುಕುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹತೋಟಿಗೆ ತರುವುದರಿಂದ ಮೊಳೆರೋಗ ಮುಂದುವರಿಯುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಲು ನಾರು ತವುಡು ಹುರುಬುರುಕು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಸೊಪ್ಪು ತರಕಾರಿ ಹಣ್ಣು–ಹಂಪಲುಗಳನ್ನು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವನ್ನು ಅತಿಯಾಗಿ ಪರಿಷ್ಕರಿಸದೆ, ಹಸಿಯಾಗಿ

ಪಚ್ಚಡಿ, ಕೋಸಂಬರಿಗಳ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಅತಿಯಾದ ಮಾಂಸಾಹಾರ ಹಾಗೂ ಮಸಾಲೆ – ಖಾರಯುಕ್ತ ಖಾದ್ಯ ಪದಾರ್ಥಗಳ ಸೇವನೆಯನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಜೀರ್ಣಿಸಿ ಉಳಿಯುವ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಜೊತೆ ಹೆಚ್ಚು ನೀರಿನ ಅಂಶ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಮಲಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚು ತೇವಾಂಶವನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಇಸ್ಪಾಗಲ್, (ispaghula), ನಾರಿನ ಅಂಶಗಳ ಬಳಕೆ. ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯನ್ನು ಸಡಿಲ ಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಮಲದ್ವಾರವನ್ನು ಸಡಿಲಗೊಳಿಸುವ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಮದ್ದುಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದ ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್(Suppositaries)ಗಳನ್ನು ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿ ತೂರಿಸಿಡುವುದರಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಸುಲಭವಾಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಈ ತರಹೆಯ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳ ಖಾಯಂ ಬಳಕೆಯ ಅಭ್ಯಾಸ ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ಒತ್ತಡ, ಬಿಗುಮಾನಗಳನ್ನು ಬದಿಗಿರಿಸಿ ನಿರಾಲೋಚನೆಯಿಂದ ಹಾಯಾಗಿ ಕುಳಿತುಕೊಂಡರೆ ಗುದನಾಳದ ಪರಿಸರದ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಸಡಿಲವಾಗಿ ಮಲ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊರಗಿಳಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೊಳೆರೋಗದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವವರಿಗೆಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವಂತಿದೆ. ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗವನ್ನು ಜೋಪಸಾನಿಕ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಮುಂದುವರಿಯದಂತೆ ಅಂಕೆಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಇತರ ಶಮನಿಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜೀವನಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಶ್ರದ್ಧೆಯಿಂದ ಅಳವಡಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂರನೆಯ ದರ್ಜೆಯ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪಿದ ಮೊಳೆರೋಗಗಳನ್ನೂ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವಿಲ್ಲದೆ ನಿಭಾಯಿಸಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕ್ರಮಗಳು ಸಫಲವಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೊಳೆರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಈಗ ಹಲವಾರು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನ ಈಗ ಒಂದು ನೂರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರವು ನೋವು ಅದರ ಪ್ರಬಲ ಪ್ರತಿಕೂಲ ಪರಿಣಾಮಗಳಲ್ಲೊಂದು ಇದರಿಂದಾಗಿ ಹೊಸ ಹೊಸ ವಿಧಾನಗಳ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಲಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ

ಗುಣವಿರುವ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳನ್ನು ಮೊಳೆ ಶುರುವಾದ ಪ್ರದೇಶದ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಅಡಿಯಲ್ಲಿ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮಾಡಿ ತುರುಕಿಸಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ ; ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಜಡ್ಡುಗಟ್ಟಿ ಪೆಡಸುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂದರಿಂದಾಗಿ ಮೊಳೆಯ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ ಅವು ಒಣಗಿ ಚರಟುತ್ತದೆ. ಶೇ. ೫ರ ಫೀನಾಲ್ ದ್ರಾವಣವನ್ನು ತೈಲ ಒಂದರ ಜೊತೆ ಸೇರಿಸಿ ಇಂಥ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮದ್ದನ್ನು ತಯಾರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ದರ್ಜೆಯ ಮೊಳೆಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಳಸಬಹುದು. ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚಿದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಹುಣ್ಣಾಗುವುದು, ಹಾಗೂ ಮೊಳೆಗಳು ಪುನಃ ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಕೆಲವು ಆಯ್ದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

ರಬ್ಬರ್ ಬ್ಯಾಂಡ್ ಬಿಗಿತ : ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡು, ಸುಲಭವಾಗಿ ಹಿಡಿತಕ್ಕೆ ಸಿಗುವಂಥ ಮೊಳೆಗಳ ಬುಡಕ್ಕೆ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿದು ಕೊಳ್ಳುವ ರಬ್ಬರ್ ಬ್ಯಾಂಡ್‌ಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದರಿಂದ ಮೊಳೆಗೆ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅದು ಕೊಳೆತು, ಒಣಗಿ ಬಿದ್ದು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಮೊಳೆ ಸರಿಯಾದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಬ್ಯಾಂಡ್ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡರೆ, ಅಷ್ಟೇನೂ ನೋವು ಕಾಣಿಸಲಾರದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲು ಮಾಡದೆ ಹೊರರೋಗಿಯಾಗಿಯೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಬಹುದು. ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಕುಗಳಾಗಿರದ ಮೊದಲ ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ದರ್ಜೆಯ ಮೊಳೆಗಳಿಗೆ ಈ ವಿಧಾನ ಸೂಕ್ತವಾದುದು. ಮೊಳೆ ಕೊಳೆತು ಬಿದ್ದ ನಂತರ ಕೆಲಸಾರಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟಾಗುವುದುಂಟು. ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಉಪಕರಣ ಇದಕ್ಕೆ ಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ಈ ವಿಧಾನ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ನೀರ್ಗಲ್ಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : (Cryo-Surgery) ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶೀತಲ ವಾತಾವರಣವನ್ನು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಮುದುಡಿ ಹೋಗುತ್ತವೆ. ವಿಶಿಷ್ಟ ಉಪಕರಣ ಒಂದರ ಮೂಲಕ – ೭೦೦ ಸೆಂಟಿಗ್ರೇಡ್‌ನಷ್ಟು ಶೀತಲೀಕರಿಸಿದ ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಡನ್ನು ಮೊಳೆಗಳಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಸಾರಿಗೆ ಎರಡು ಮೊಳೆಗಳಿಗೆ ಇಂಥಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅಳವಡಿಸಬಹುದು. ರೋಗಿ ಒಂದರೆಡು ದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದುಂಟಾಗುವ ನೋವಿನ ಶಮನಿಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನುಪಯೋಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲ ಕಾಲದ ನಂತರ ಶೈತಲೀಕರಿಸಿದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ

ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು. ನುರಿತ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನದಿಂದ ಮೊಳೆರೋಗವನ್ನು ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ಮಾಡಬಹುದೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ದುಬಾರಿ ಬೆಲೆಯ ಉಪಕರಣ ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ತರಬೇತಿಯ ವೈದ್ಯರ ಅಭಾವದಿಂದ ಈ ವಿಧಾನವೂ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಲಭ್ಯವಿದೆ.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಹೆಮೊರಾಯಿಡೆಕ್ಟಮಿ)

ಎರಡು ಮತ್ತು ಮೂರನೆ ದರ್ಜೆಯ ಹಂತಗಳಿಂದ ಮುಂದುವರಿದ ಮೊಳೆ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಪಾರಂಪರ್ಯಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯ. ರೋಗಿ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳ ಮೊದಲೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಬೇಕು. ಕರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಎನಿಮಾಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದರಿಂದ ಮಲ ಮತ್ತು ಮತ್ತಿತರ ಸೋಂಕುಗಳಿಂದ ಮೊದಲೇ ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲೇ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮೊಳೆಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಂಡ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಗೊಂಚಲು ಮತ್ತು ಹೊದಕೆಯಾಗಿರುವ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಭಾಗವನ್ನು ಸುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಬುಡವನ್ನು ದಾರದಿಂದ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಕಟ್ಟಲಾಗುತ್ತದೆ. ಉಳಿದ ಮೊಳೆಯ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು, ಪರಿಸರದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಅಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸನಿಹದಲ್ಲಿರುವ ಬಿಗಿ ಸುತ್ತುಗಳಿಗೆ ಅಪಾಯವಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕು. ನೋವಿನ ಉಪಶಮನಕ್ಕೆ ಪ್ರಭಾವಯುತ ಶಮನಿಕ ಹಾಗೂ ನಿದ್ರಾಜನಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಯಗಳನ್ನು ಶುಚಿಗೊಳಿಸಿ ಉಪಚಾರ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬೆಚ್ಚನೆಯ ನೀರಿನ ಕಟಿಮಜ್ಜನ (Sitz Bath) ಮಾಡಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ನಂತರದ ಒಂದರೆಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ಸೂಕ್ತ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ವಾರದ ಮೇಲ್ಪಟ್ಟು ಇರಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ನಂತರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುವುದುಂಟು. ಮಲದ್ವಾರದ ಕ್ರಮೇಣ ಕಿರಿದಾಗ (Stricture) ಬಹುದು. ಕೆಲವು ವರುಷಗಳ ನಂತರ ಮರುಚಲ ಮೊಳೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ಸುಮಾರು ಇನ್ನೂರು ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಜರುಗಿಸಲಾಗಿದ್ದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ – "ಮುಚ್ಚಿದ (Closed) ಹೆಮೊರಾಯಿಡೆಕ್ಟಮಿ" – ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ

ಮತ್ತೆ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮೊಳೆಗಳನ್ನು ಗುದನಾಳದ ಒಳಗಡೆಯಿಂದ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿ ಕತ್ತರಿಸುವ ಬದಲು, ಮೊಳೆಗಳ ಹಿಂಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಕೆಯಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿಕೊಂಡು, ಬುಡವನ್ನು ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿ ಕತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಹೊದಿಕೆಯಾಗಿದ್ದ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಬಹುಭಾಗ ಹಾಗೇ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ ; ಅವುಗಳ ಅಂಚನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕುವುದರಿಂದ ಗುದನಾಳದ ಒಳಗಡೆ ಗಾಯವೇ ಇಲ್ಲದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಪಾರಂಪರ್ಯಿಕ ಹೆಮೊರಾಯಿಡೆಕ್ಟಮಿಯಲ್ಲುಂಟಾಗುತ್ತಿದ್ದ ನೋವು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿ ತೆರೆದ ಗಾಯವಿರುವುದಿಲ್ಲ ವಾದುದರಿಂದ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟೇನೂ ಬಾಧೆ ಕೂಡ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದ ೨–೩ ದಿನಗಳಲ್ಲೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲು ಕೂಡ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ರೋಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಮನೆಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ನಂತರವೂ, ಸರಾಗವಾದ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಲುವಾಗಿ ಕೆಲ ಕಾಲ ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಬಳಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಕಟಿಮಜ್ಜನ ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿರ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಖಾರ ಮಸಾಲೆಯುಕ್ತ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬೇಕು. ಬೈಸಿಕಲ್, ಮೊಪೆಡ್, ಮೊಟಾರ್ ಸೈಕಲ್ ನಂತಹ ಆಸನದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೇರ ಒತ್ತಡ ಉಂಟುಮಾಡುವ ವಾಹನಗಳ ಸವಾರಿಯನ್ನು ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳು ಮಾಡಬಾರದು. ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಹಿಂದಿರುಗಿದ ಎರಡು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ತನ್ನ ಹಿಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಸಡಲಿಸಿಕೆ : (Dilatation) ಮಲದ್ವಾರದ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಬಿಗಿಯಾದ ಹಿಡಿತ ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ತಿಣುಕುವಿಕೆಯ ಕಾರಣವೆನ್ನುವ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ಅವನ್ನು ಬಲಾತ್ಕಾರವಾಗಿ ಸಡಲಿಸುವ ವಿಧಾನವೊಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿ ರಬ್ಬರ್ ಗವಸುಗಳನ್ನು ಧರಿಸಿದ ಎರಡು ಕೈಗಳ ಬೆರಳುಗಳನ್ನು ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಅಗಲಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡುವರು. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಉಂಟಾದ ಬಗೆಗೆ ವರದಿಗಳಿವೆ.

* * * *

೧೮. ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಹಲಗಾಲಿ

ಗುದದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ನೋವಾಗದೆ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವವಾಗುವುದಕ್ಕೆ "ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಹಲಗಾಲಿ" (Rectal Polyp)ಗಳೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ದೊಡ್ಡಕರುಳು ಮತ್ತು ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಲೋಳ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಹುದುಗಿಕೊಂಡಿರುವ ಕೆಲವು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಕೆಲಸಾರಿ ಕಿರಿದಾದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಇವು ಇತರ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಸಹಜ ರೀತಿಯವಾಗಿರದೆ ಕೆಲವು ನ್ಯೂನತೆಗಳಿಂದ (ಊನಗಂತಿ–Hamartoma) ಕೂಡಿರುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಮೇಲ್ಮೈಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ವೃದ್ಧಿಯಾದರೆ, ಉಳಿದವು ಬುಡದಲ್ಲಿ ತೊಟ್ಟು ಪಡೆದ ಹಣ್ಣುಕಾಯಿಗಳಂತೆ ನೇತಾಡಿಕೊಂಡು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಇವನ್ನೇ ಹಲಗಾಲಿಗಳೆನ್ನುವುದು. ದೊಡ್ಡಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹಲವು ತರಹೆಯ ಹಲಗಾಲಿಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿಲ್ಲ. ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಹಲಗಾಲಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾತ್ರ ಇಲ್ಲಿ ವಿವರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲೂ ಹಲಗಾಲಿಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುವುವಾದರೂ, ಎಳೆಯರಲ್ಲೇ ಇವುಗಳ ಉಪಟಳ ಜಾಸ್ತಿ. ಮಗುವಿನ ಮಲದಲ್ಲಿ ಆಮ ಮಿಶ್ರಿತ ರಕ್ತ ಅಥವಾ ಹಚ್ಚನೆಯ ರಕ್ತ ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಪೋಷಕರ ಗಮನ ಅತ್ತ ಸೆಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆಗಳಿಂದ ಹೀಗಾಗುತ್ತಿರಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆಯಿಂದ ಅವುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮೊದಲು ನಡೆಯುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಭೇದಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗದೆ, ಮುಂದೆ ಕೆಂಪು ಅಥವಾ ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ಮಾಂಸದ ಉಂಡೆ ಮಲದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೊರಚಾಚುತ್ತದೆ. ಗಾಬರಿಯಾದ ಪೋಷಕರು ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಗುವನ್ನು ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿ ಕರೆ ತರುತ್ತಾರೆ. ಇಷ್ಟಾದರೂ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗದಿರುವುದು ಒಂದು ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯ. ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಬಹುಪಾಲು ಮಕ್ಕಳು ಪದೇ ಪದೇ ಭೇದಿ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವದಿಂದ ಬಳಲಿ ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆಗೊಳಗಾಗಿರುತ್ತಾರೆ.

ಕರುಳಿನ ಲೋಳ್ಪರೆಯ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ತಡೆರಹಿತ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಿಂದ ಹಲಗಾಲಿಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುತ್ತವೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ. ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಅವುಗಳಿಗೆ ತೊಟ್ಟು ನಿರ್ಮಾಣವಾಗಿ ಮುಂದೆ ಕರುಳಿನೊಳಗಡೆ ತೇಲಾಡುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಹಲಗಾಲಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಿಷಮ/ಅತ್ಯುಗ್ರ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗದಿರುವುದೊಂದು ವಿಶೇಷ. ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉಂಟಾಗುವ ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆ ಉರಿಯೂತಗಳು ಹಲಗಾಲಿಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತವೆನ್ನಬಹುದು.

ಗುದನಾಳ ಮತ್ತು ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಕೆಳಗಡೆಯ ಅರ್ಧಭಾಗದಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚಿನ ಹಲಗಾಲಿಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗುವುದು. ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ನೆಲಗಡಲೆ ಕಾಳಿನಿಂದ ಹಿಡಿದು ಸಣ್ಣ ನಿಂಬೇ ಹಣ್ಣಿನಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ತೊಟ್ಟಿನ ಉದ್ದ ಅರ್ಧದಿಂದ ಒಂದು ಅಂಗುಲದಷ್ಟಿರಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಡುಕೆಂಪಾಗಿರುವ ಹಲಗಾಲಿಯ ಉಂಡೆ ವೆಲ್‌ವೆಟ್‌ನಂಥ ಮೃದುವಾದ ಹೊರಮೈ ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಬುಗ್ಗೆಯಂತಿರುವ ಹಲಗಾಲಿಯನ್ನು ತೀರಾ ಹಗುರವಾಗಿ ಸ್ಪರ್ಷಿಸಿದರೂ ರಕ್ತ ಸುರಿಯುತ್ತದೆ. ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಇವುಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಸೋರುವುದು ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಸಂಗತಿ. ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಒತ್ತಡ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಅವು ಹೊರಚಾಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೨೫)

೧. ನೆಟ್ಟಗರುಳು
೨. ಹಲಗಾಲಿ
೩. ಗುದದ್ವಾರ



ಚಿತ್ರ ೨೫. ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಹಲಗಾಲಿ

ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಿದರೂ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಕಡಿಮೆಯಾಗದಿದ್ದಾಗ ಹಲಗಾಲಿಗಳ ಇರುವಿಕೆಯ ಸಂಶಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುದದ್ವಾರ ದಿಂದ ಅದು ಹೊರ ಚಾಚಿದಾಗ ಆ ಬಗೆಗೆ ಅನುಮಾನವಿರಲಾರದು. ಅವು ಹೊರಗಡೆ ಕಾಣದಿದ್ದಾಗ ರಬ್ಬರ್ ಗವಸು ಧರಿಸಿದ ಬೆರಳನ್ನು ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿ, ಹಲಗಾಲಿಯನ್ನು ಸ್ಪರ್ಷಿಸಿ, ಅತ್ತಿತ್ತ ಅಲುಗಾಡಿಸಿ, ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಹಲಗಾಲಿ ನೆಲೆಂಯಾಗಿರುವ ಜಾಗ, ಅದರ ಉದ್ದ, ಗಾತ್ರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ರೋಗನಿರ್ಣಯ

ಗುದದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಉಂಟಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಾದ ಮೊಳೆರೋಗ, ಆಮಶಂಕೆ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕು. ಅತಿಯಾದ ಆಮಶಂಕೆ, ಅತಿಸಾರಗಳಿಂದ ಬಹಳ ದಿನ ನರಳುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ, ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳ ಲೋಳ್ಪರೆ, ಅವುಗಳ ಭಿತ್ತಿಗಳ ಸಮೇತ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೊರಚಾಚುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ (Prolapse Rectum) ಒಂದಿದೆ. ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ ಪರಿಸರದ ನೆಣ ಕ್ರಮೇಣ ನಸಿಸಿ ಆ ಭಾಗವೆಲ್ಲಾ ಸಡಿಲಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳ ಸಮೇತ ಹೊರಚಾಚುವಂತಾಗುವುದೇ ಇದರ ಕಾರಣ. ಮಗು ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡುವಾಗ ನೇರವಾಗಿ ವೀಕ್ಷಿಸುವುದರಿಂದ ಆಸನದ ಸುತ್ತಲೂ ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳಗಳು ಹೊರಗಿಳಿದು ಬರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆ ತೀರಾ ಅಪರೂಪವಾದರೂ ಅದರ ಸಾಧ್ಯತೆ ಗಮನದಲ್ಲಿರಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

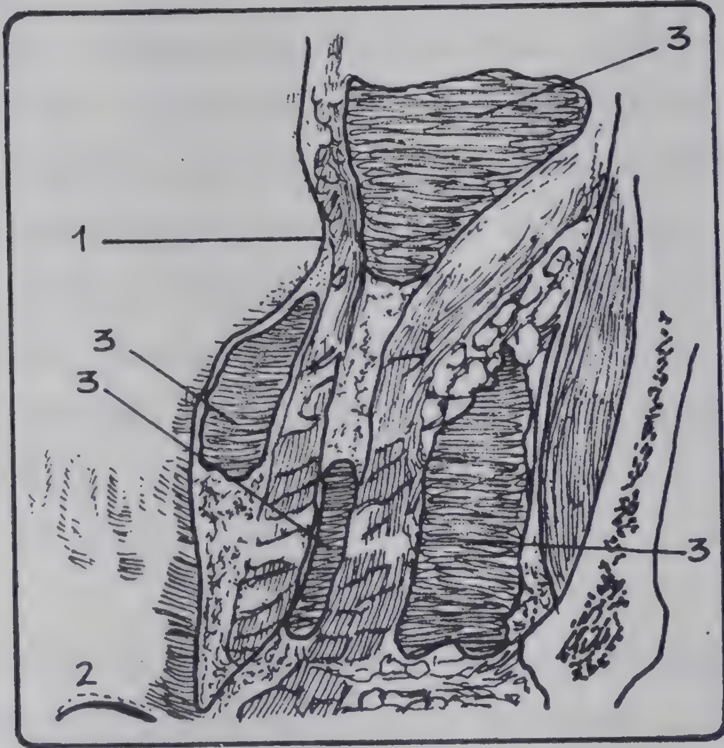
ಈ ತರಹೆಯ ಹಲಗಾಲಿಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೇ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ. ಅವುಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಿದಾಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಎಳೆಯ ಮಗು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕರಿಸುವುದಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನನ್ನು ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿ, ಹಲಗಾಲಿಯನ್ನು ಇಕ್ಕಳದಿಂದ ಹಗುರವಾಗಿ ಹಿಡಿದು ಸ್ಥಗಿತಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಬುಡಕ್ಕೆ ವಿದ್ಯುತ್ ಶಾಖ ಸ್ಪರ್ಷದಿಂದ ಸುಟ್ಟು (Cautery) ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಅದರ ಬುಡಕ್ಕೆ ಸೂಜಿಯಿಂದ ದಾರ ಪೋಣಿಸಿ

ಕಟ್ಟಿದ ನಂತರ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಲು ತೆಗೆದ ಹಲಗಾಲಿಯನ್ನು ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದೊಳಿತು.

* * * *

೧೯. ಗುದಮುಂದಾಣದ ಕುರುಗಳು

ಗುದನಾಳ, ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಹಾಗೂ ವಸ್ತಿಕುಹರದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ನಡುವೆ ಕೊಬ್ಬೂತಕದಿಂದ ಕೂಡಿದ ಪೊಳ್ಳು ಪೊಳ್ಳಾದ ಅಂತಸ್ಥ ಜಾಗವಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗಾಣುಗಳು ತಂಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಲು ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಸರ ಇಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಇಲ್ಲಿಯ ವಿವಿಧ ಪದರಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಉರಿಯೂತದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕುರುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗುದಮುಂದಾಣದಲ್ಲಿ ಹೊರ ಚಾಚುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೨೬)



ಚಿತ್ರ ೨೬. ಗುದಮುಂದಾಣದ ಕುರುಗಳು – ೧. ನೆಟ್ಟಗರುಳು, ೨. ಗುದದ್ವಾರ, ೩. ಕುರುಗಳ

ದೇಹದ ಯಾವುದೇ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ರೋಗಾಣು ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ತೇಲಿ ಬಂದು ಇಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಬಹುದು. ನಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳ ಲೋಳ್ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿದಾದ ಅವಿಗುಳಿಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳ ಮುಖಾಂತರವೂ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸಂಚರಿಸಿ

ಕೊಬ್ಬೂತಕವಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕುರುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಲು ಕಾರಣವಾಗುವುದುಂಟು. ಗುದಮುಂದಾಣದ ಹೊರ ಮೈಯ ಚರ್ಮದಲ್ಲೂ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಕುರುಗಳೂ ಸಹಾ ಈ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಪ್ರಸರಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಗುದನಾಳ, ಮಲದ್ವಾರ ಹಾಗೂ ಆಸನದ ಹೊರಗಿನ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೀಯ ಊತ, ಸಿಡಿಮಿಡಿತದ ನೋವು, ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನೋವು, ಜ್ವರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಈ ಕುರುಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದರಿಂದ ಪಶಮನಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ನೆಟ್ಟಗರುಳು ದನಾಳ ಇಲ್ಲವೆ ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಒಡೆದುಕೊಂಡು ಕೀವು ರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಡೆಯುವವರೆಗೆ ಆಗುವ ಯಾತನೆಯನ್ನು ರೆಯುವುದು ರೋಗಿಗೆ ಕಷ್ಟವಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಮೊದಲೇ ವೈದ್ಯಕೀಯ ನೆರವಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ.

ಆಸನದ ಸುತ್ತ ಅಥವಾ ಅದರ ಒಂದು ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತದ ಣ ಊತ ಗೋಚರಿಸಬಹುದು. ಗುದನಾಳದ ಒಳಗಡೆ ಕೈ ಬೆರಳನ್ನು ರಿಸಿ ಉಬ್ಬಿದ ಕುರುವನ್ನು ಸ್ಪರ್ಷಿಸಿ ಗುರುತಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಳ ಆಳವಾಗಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ಕುರುವನ್ನು ಪತ್ತೇಹಚ್ಚಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಅಗಲ ಸುತ್ತಳತೆಯ ಜಕ್ಷನ್ ಸೂಜಿಯನ್ನು ಹೊರಗಿನಿಂದ ತೂರಿಸಿ ಕುರುದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ಗುರುತಿಸುವುದು ಸಾಧ್ಯ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಆರಂಭದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಕುರುಗಳಿಗೆ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ ಇರುವ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಅವು ಬತ್ತುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಹಾಗೆ ಬತ್ತದ ಕುರುಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಬಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲೇ ನೆಲೆಗೊಂಡಿರುವ ಕುರುಗಳನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ಯಾವುದೇ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ನೆರವಿಲ್ಲದೆ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ ಕೀವು ಹೊರಬಿಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಆಳವಾಗಿ ನೆಲೆಸಿರುವವುಗಳಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ನೆರವು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕುರುವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಅಗಲವಾದ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ಒಳಗಿರುವ

ಕೀವು ಹೊರಗೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರೊಳಗೆ ರಬ್ಬರ್ ಗವಸು ಧರಿಸಿದ ಬೆರಳು ತೂರಿಸಿ, ಪದರಗಳನ್ನು ಒಡೆಯ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕತ್ತರಿಕೆಯ ದ್ವಾರವನ್ನು ಅಗಲವಾಗಿರಿಸಿ, ಕೀವು ಯಾವ ತಡೆಯು ಇಲ್ಲದೆ ಸುರಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುವುದು. ಕುರುವಿನ ಒಳಗುಂಡಿಯೊಳಗೆ ಉದ್ದನೆಯ ಬಟ್ಟೆಯ ಟೇಪನ್ನು ತುರುಕಿಸಿಟ್ಟು, ಪ್ರತಿದಿನ ತೆಗೆದು ಸ್ವಚ್ಛ ಮಾಡುವುದರಿಂದ, ಕುರು ತಳದಿಂದ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಬರಲು ಅವಕಾಶಮಾಡಿಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಕುರುಗಳು ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಡೆದು ಸುರಿದುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವೂ ಸಹಾ ಸರಿಯಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಅವೇ ಮುಂದೆ "ಪಿಸ್ಟುಲಾ" (Fistula)ಗಳಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ.

* * * *

೨೦. ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳು ರೋಗ

ಚಳಿಗಾಲದಲ್ಲಿ ಕೆಲವರ ತುಟಿಗಳು ಒಡೆದು ಬಿರುಕುಗಳಾಗುವುದನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿ, ಗುದದ್ವಾರದ ಬಾಯಿಯಲ್ಲಿ ಬಿರುಕು (ಸೀಳು)ಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಆದರೆ ಈ ಸೀಳುಗಳು ಹವಾಮಾನದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಂದುಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಸೆಡೆತವೇ ಅವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

ಗುದದ್ವಾರದ ಬಿರುಕುಗಳು ತುಟಿಯವುಗಳಿಗಿಂತ ಬಹುಪಾಲು ಉದ್ದ ಮತ್ತು ಆಳವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮಲವಿಸರ್ಜನಾ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳವರೆಗೂ ಅವು ವಿಸ್ತರಿಸಬಹುದು. ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳು ಸಂಕುಚನ ಮತ್ತು ವಿಕಸನ ಗೊಂಡಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಆ ಸೀಳುಗಳ ಬಾಯಿ ಪದೇ ಪದೇ ತೆರೆದಂತಾಗಿ ರೋಗಿ ಸದಾ ಯಾತನೆ ಅನುಭವಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಂತೂ ವಿಪರೀತ ನೋವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ನೋವಿನ ಭಯದಿಂದ ರೋಗಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಾದರೂ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಮುಂದೂಡುತ್ತಿರುತ್ತಾನೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಮಾಡಲಾಗದ ಹಾಗೂ ಮಾಡದಿರಲಾಗದ ವಿಷವರ್ತುಲದಲ್ಲಿ ಸಿಲುಕಿ ವಿಲಿ–ವಿಲಿ ಒದ್ದಾಡುವಂತಾಗುತ್ತದೆ.

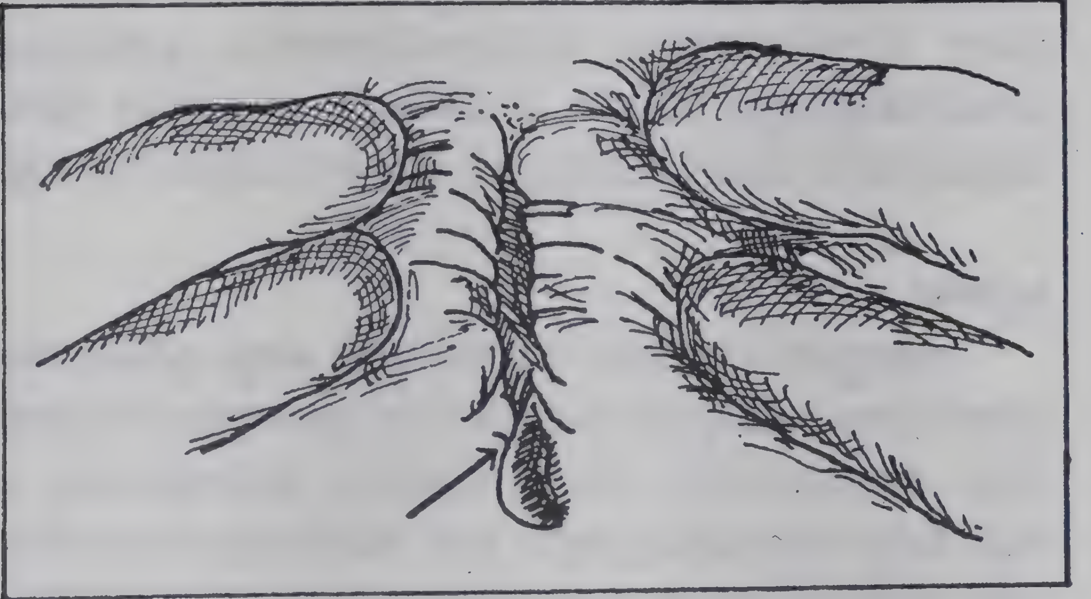
ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳು ರೋಗ, ನಡುವಯಸ್ಕರಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ತೀರಾ ಅಪರೂಪ. ವಯಸ್ಸಾದಂತೆ ಗುದನಾಳದ ಸುತ್ತಲ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಸಡಿಲಗೊಂಡಂತೆಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಾದವರನ್ನು ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಾಧಿಸುವುದಿಲ್ಲ ಕಷ್ಟಕರ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶಿಶುವಿನ ತಲೆಯ ಒತ್ತಡ ಗುದದ್ವಾರದ ಕಡೆಗೂ ಪ್ರಸರಿಸುವುದರಿಂದ, ಸೀಳು ರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತಲೂ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚು ಎಂತಲೇ ಹೇಳಬಹುದು.

ಗಡಸು ಹಾಗೂ ಒರಟಾದ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳು ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಾರಿ ತೆರಚಿದ ಗಾಯಗಳನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವುದುಂಟು. ಮುಂದೆ

ಅವೇ ಉದ್ದವಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತವಲ್ಲದೆ ಆಳವಾದ ಸೀಳುಗಳಾಗಿಯೂ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ಸೀಳುಗಳು ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ಒಂದೂವರೆ ಎರಡು ಅಂಗುಲಗಳವರೆಗೂ ವ್ಯಾಪಿಸಬಹುದು. ಹಾಗೇ ಆಳವಾಗಿ ಕೊರೆಯುತ್ತಾ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳಿಗೂ ವ್ಯಾಪಿಸುತ್ತವೆ.

ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳುಗಳು (Fissure-In-Ano) ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದ್ವಾರದ ಹಿಂದುಗಡೆಯ ಕೇಂದ್ರ ಬಿಂದು–ಗಡಿಯಾರದ ೬ ಗಂಟೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ ; ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಅವು ಮುಂದುಗಡೆಯ ಗಡಿಯಾರದ ೧೨ ಗಂಟೆಯ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಗುದದ್ವಾರದ ಪಾರ್ಶ್ವಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ಕಾಣಿಸುವುದು ಅಪರೂಪ. ಹಾಗೆ ಪಾರ್ಶ್ವದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿದ ಸೀಳುಗಳಲ್ಲಿ ಮಿಕ್ಕವುಗಳಿಗಿಂತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಗುದದ್ವಾರದ ಸುತ್ತಲೂ ಹಲವಾರು ಸೀಳುಗಳಾಗಿರುವುದೂ ಉಂಟು. ಅವು ಪದೇ ಪದೇ ಭೇದಿಯಾಗುವವರು, ಕರುಳಿನ ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ರೋಗಗಳಿರುವವರು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ತರಹೆಯ ಗುಹ್ಯ ರೋಗಗಳಿರುವವರಲ್ಲೂ ಈ ತರಹೆಯ ಸೀಳುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ.



ಚಿತ್ರ ೨೭. ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳು ಮತ್ತು ದ್ವಾರಪಾಲಕ ಮೊಳೆ

ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು

ಮೊದಲ ಚಿಹ್ನೆ. ನಂತರ ಅದು ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಕಡೆಗೆ ಪ್ರಸರಿಸಿದಂತೆಲ್ಲಾ ನೋವು ಖಾಯಂ ಆಗುತ್ತದೆ. ಕಾಲಕಾಲಕ್ಕೆ ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗಬಹುದು. ಸೀಳಿನಿಂದಾದ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿ ಅದರ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಕುರುಗಳ ಬಾಧೆಯಂತೆ ಆಸನದ ಸುತ್ತ ಸಿಡಿಮಿಡಿಯುವ ನೋವು ಇದರಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದಲ್ಲವೆ, ಕೆಲಸಾರಿ ಜ್ವರವೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದುಂಟು. ರೋಗದ ನೋವು ಕೇವಲ ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರದೆ ಸೊಂಟ, ಬೆನ್ನು ಕಾಲುಗಳಿಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ ರೋಗಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯಬಹುದು.

ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದು ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಮುಖ ಚಿಹ್ನೆ. ಶುರುವಿನಲ್ಲಿ ಗಡುಸಾಗಿ ಬರುವ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಂಪು ಗೆರೆಯಂತೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ರಕ್ತವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ವ್ಯಾಧಿ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಇಲ್ಲವೆ ಅನಂತರ ಹಚ್ಚನೆಯ ರಕ್ತ ಜೇರ್ಕೊಳಿವಿಯಂತೆ ಸುರಿಯುತ್ತದೆ.

ಮಲಬದ್ಧತೆಯೇ ಸೀಳು ರೋಗದ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ. ಮುಂದೆ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಸೆಡೆತವೂ ಅದರ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಇಂಬು ಕೊಡುತ್ತದೆ. ನೋವಿನ ಭಯದಿಂದ ರೋಗಿ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆಯ ಅವಸರವನ್ನು ಮುಂದೂಡುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತಾನೆ ಇದರಿಂದ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿದ್ದ ಮಲ ಮತ್ತೂ ಗಟ್ಟಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸೀಳು ಮೊದಲು ಉದ್ಭವಿಸಿತೋ, ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮೊದಲೇ ಇತ್ತೋ ಎಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ಸೀಳುರೋಗದ ಯಾತನೆಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಿರುವವರಲ್ಲಿ ಮಾನಸಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಮುನಿಸು, ಸಿಡುಕುತನ, ಕೋಪೋದ್ರೇಕಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅವರ ಕುಟುಂಬ ಮತ್ತು ಸಹೋದ್ಯೋಗಿಗಳಿಗೆ ಇರಿಸು–ಮುರುಸು ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು.

ಸೀಳು ರೋಗದ ಮೊದಲ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದಾಕ್ಷಣ ಸೂಕ್ತ ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅವು ವಿಳಂಬಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದು ಬೇರೂರಿದ ಸೀಳು ರೋಗದಂತಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾಗಿ ಕೀವು ತುಂಬಿದ ಕುರುಗಳು ಅಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಕಾಯಿಲೆಯ ಬಗೆಗೆ ರೋಗಿ ನೀಡುವ ವಿವರಣೆ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದಲೇ ಸೀಳುರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಬಹಳ ಸಮಯದ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಸೀಳಿನಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾಗಿ ಸೀಳಿನ ಹತ್ತಿರದ ಚರ್ಮ ಸಡಿಲಗೊಂಡು ಉದ್ದವಾದ ಹೊರಚಾಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಆಸನದ ಬಾಗಿಲನ್ನು ಕಾಯುತ್ತಿರುವ ಸಿಪಾಯಿಯಂತಿರುವ ಅಂಥ ಚರ್ಮದ ತುಣುಕು "ದ್ವಾರ ಪಾಲಕ ಮೊಳೆ" (Sentinel Pile) ಎಂದೇ ಪ್ರಸಿದ್ಧಿಯಾಗಿದೆ. ಸೀಳು ರೋಗ ಇರುವುದಕ್ಕೆ ಅದೊಂದು ನಿರ್ಣಾಯಕ ಚಿಹ್ನೆ ಕೂಡ (ಚಿತ್ರ ೨೭)

ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ಸೀಳು ವಿಸ್ತರಿಸಿರುವುದನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಆಸನದೊಳಗೆ ಬೆರಳು ತೂರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸೀಳಿನ ಬಾಧೆ ವಿಪರೀತವಾಗಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ಆ ರೀತಿ ಬೆರಳು ತೂರಿಸುವುದಕ್ಕೂ ಸಹಕರಿಸಲಾರರು. ನೋವು ಶಮನಕಾರಿ ಮುಲಾಮನ್ನು ಆಸನದೊಳಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ತೂರಿಸಿಟ್ಟು ನಂತರ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದರೆ ನೋವು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಬಾಧಿಸಲಾರದು. ಈ ವಿಧಾನದಿಂದ ಸೀಳಿನ ಹುಣ್ಣನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಅದರ ವಿಶಿಷ್ಟ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯ. ಆಸನದ ಸುತ್ತಲ ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಸೆಡೆತದ ಅನುಭವ ಪರೀಕ್ಷಕನಿಗಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುದದರ್ಶಕ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ, ಸೀಳುರೋಗವನ್ನು ಗುದನಾಳದ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ನೋವಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅದು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂಥ ಕಾಯಿಲೆಯ ಅನುಮಾನವಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಹುಣ್ಣಿನ ತುಣುಕನ್ನು ತೆಗೆದು ಜೀವುಂಶಿಥಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಇತರ ರೋಗಗಳು, ಬೇರೂರಿದ ಅತಿಸಾರ, ಆಮಶಂಕೆ ಗುಹ್ಯರೋಗ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಅವುಗಳಿಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನೂ ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳುರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮಲಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸುವ ಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯ ಕೊಡಬೇಕು. ಆಹಾರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ನಾರು, ಮರದೆಳೆ, ಹುರಬುರುಕುಗಳು ಇದ್ದ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಗಾತ್ರ ಹಿರಿದಾಗಿರುವಂತೆ

ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ತೈಲಾಧಾರಿತ ವಿರೇಚಕಗಳಿಗಿಂತ ಮಲದೊಳಗೆ ನೀರಿನ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಸೆಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಇಸಾಫಗಲ್ ನಂತಹ ತೇವನಿಕೆ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆ. ಮಲದ್ವಾರವನ್ನು ಸಡಿಲಗೊಳಿಸುವ ಲಕ್ಷಣವಿರುವ ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್‌ಗಳನ್ನು ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿಡುವುದರಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಸುಲಭವಾಗುತ್ತದೆ. ದಿನಕ್ಕೆ ಒದೆರಡು ಸಾರಿಯಾದರೂ ಬಿಸಿನೀರಿನ ಕಟಿಮಜ್ಜನಕ್ಕೊಳಗಾಗುವುದರಿಂದ ಸೀಳಿನ ಬಾದೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಆಸನವೂ ಶುಚಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ತೆರನ ಜೋಪಸಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಪ್ರಸಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ನೋವಿನಿಂದಾಗುವ ವಿಪರೀತ ಬೇನೆ ಮತ್ತು ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಸೆಡೆತವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸೀಳಿರುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಉಪಶಮನಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕ ತೂರಿಸಿಡುವುದರಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯ ನೋವು ಉಪಶಮನವಾಗುತ್ತದೆ. ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಸೆಡೆತವೂ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ಹಾಯೆನಿಸುತ್ತೆ. ಕೆಲವು ಸೀಳುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣವಾಗುವುದೂ ಉಂಟು.

ಇಂತಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗದ ಸೀಳು ರೋಗದ ನಿವಾರಣೆಗೆ ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ (Shinctrotomy) ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಅದು ಸಡಿಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಸುಲಭವಾಗುತ್ತದಲ್ಲದೆ. ಸೀಳೂ ಸಹಾ ರಭಸದಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವಾಗ ರೋಗಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬೇಆಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಯಲ್ಲೇ ದ್ವಾರಪಾಲಕ ಮೊಳೆ ಮತ್ತು ಸೀಳಿನಿಂದಾದ ಹುಣ್ಣನ್ನೂ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರ ಮೊಳೆರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಿಗೆ ನಡೆಸುವ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು.

* * * *

೨೧. ಪಿಸ್ಟುಲಾ

ಗುದನಾಳದ ಒಳಗಡೆಯಿಂದ ಗುದಮುಂದಾಣದ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಮಾಂಸಖಂಡ, ಬಿಗಿಸುತ್ತು ಕೊಬ್ಬೂತಕಗಳ ಮೂಲಕ ಸಣ್ಣ ಕೊಳವೆಯೋಪಾದಿಯ ಸಂಪರ್ಕ ಏರ್ಪಡುವುದುಂಟು. ಇಂಥಾ ಸಂಪರ್ಕ ಮಾರ್ಗವಷ್ಟೇ 'ಪಿಸ್ತುಲಾ' (Fistula In Ano) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳದ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಕೊಬ್ಬೂತಕದ ಪ್ರದೇಶದಲಿಲ ಕುರುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿ, ಅವು ಗುದ ಮುಂದಾಣದಲ್ಲಿ ಒಡೆದು ಕೊಂಡವೇ ಮುಂದೆ ಪಿಸ್ಟುಲಾಗಳಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕೊಳವೆಯ ದ್ವಾರದ ಒಂದು ತುದಿ ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಅಥವಾ ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿ ತೆರೆದುಕೊಂಡಿದ್ದರೆ, ಇನ್ನೊಂದು ತುದಿ ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ತೆರೆದು ಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೨೮) ಇಂಥಾ ದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಮಲದ ತುಣುಕುಗಳು ಹೊರಗೆ ಬರುತ್ತವೆ. ಪಿಸ್ಟುಲಾದ ಹೊರಗಿನ ದ್ವಾರ ಕೆಲಸಾರಿ



ಚಿತ್ರ ೨೮. ಪಿಸ್ಟುಲಾ

ಕುರುವಿನಂತೆ ಊದಿಕೊಂಡು ಒಡೆದು ಕೀವು ಸುರಿಸಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದು ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಜಾಗದಲ್ಲಿನ ಗಾಯ ವಾಸಿಯಾಗುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಒಳಉಡುಪಿನಲ್ಲೂ ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತ – ಕೀವು ಅಂಟುತ್ತಿದ್ದು ಅವನಲ್ಲಿ ಅಸಹ್ಯಕರ ಭಾವನೆಯುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಗುದ ಮುಂದಾಣವನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸುವುದರಿಂದಲೇ ಫಿಸ್ತುಲಾಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ಬೆರಳು ತೂರಿಸಿ ಫಿಸ್ಚುಲಾದ ಒಳದ್ವಾರವನ್ನು ಸ್ಪರ್ಶಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಒಳಗಿನ ಮತ್ತು ಹೊರಗಿನ ಬೆರಳುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಅಂತರನ್ನು ಒತ್ತಿ ನೋಡುವುದರಿಂದ ಫಿಸ್ಚುಲಾದ ಗಾತ್ರ ಉದ್ದ ಮತ್ತು ದಿಕ್ಕನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಬಹುದು. ಹೊರಗಿನ ಬಾಯಿಯಿಂದ ಲೋಹದ ತಂತಿಯೊಂದನ್ನು ಜಾಗರೂಕತೆಯಿಂದ ತೂರಿಸುವುದರಿಂದಲೂ ಅದರ ಉದ್ದ ಮತ್ತು ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುವ ದಿಕ್ಕನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಬೇರೂರಿದ ಫಿಸ್ಚೂಲಾಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದಲೇ ಕೊಯಿದು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತೀವ್ರಗತಿಯ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿದ್ದರೆ ಜೀವರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸಾಕಷ್ಟು ಕಾಲ ನೀಡಿ ಅದನ್ನು ಯಥಾ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರಲಾಗವುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಗಾಗಿಸುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯ. ಮೊದಲು ಫಿಸ್ಚುಲಾದೊಳಗೆ ಲೋಹದ ತಂತಿಯನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಅದರ ಮಾರ್ಗ ಮತ್ತು ದಿಕ್ಕನ್ನು ಮತ್ತೆ ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಮಿಥಿಲಿನ್ ಬ್ಲೂ ಎಂಬ ಬಣ್ಣವನ್ನು ಫಿಸ್ಚೂಲಾದ ಒಳಗೆ ತಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಫಿಸ್ಚುಲಾದ ಕವಲುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ದಿಂಡುಗಟ್ಟಿದ ಫಿಸ್ಚುಲಾದ ಮಾರ್ಗವನ್ನು, ಚರ್ಮದ ತುದಿಯಿಂದ ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾ ಬಿಡಿಸಿಕೊಂಡು ಕೊನೆಯವರೆಗೂ ಇಡಿಯಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ದ್ವಾರದ ಅತಿ ಸಣ್ಣ ತುಣುಕು ಕಣ್ಣು ತಪ್ಪಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡರೂ, ಕೆಲ ಕಾಲಾಂತರ ಫಿಸ್ಚುಲಾ ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಕತ್ತರಿಸಿದ ಜಾಗದಲ್ಲಿನ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ ಅದರ ದ್ವಾರವನ್ನು ಅಗಲವಾಗಿ ತೆರೆದಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಯದ ತಳಕ್ಕೆ ಶುಚಿಯಾದ ಬಟ್ಟೆಯನ್ನು ತುರುಕಿಡುತ್ತಾ ಅದು ನಿಧಾನವಾಗಿ ತಳದಿಂದ ಮುಚ್ಚಿ ಬೆಳೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ತೆರೆದ ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಹೊಲಿಯುವ, ಇಲ್ಲವೆ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಕಡೆಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಚರ್ಮವನ್ನು ಹೊದಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಕಡೆ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಬಹಳ ಮೇಲ್ಗಡೆಯಿಂದ ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾಯ್ದು ಬರುವ ಪಿಸ್ಟುಲಾಗಳನ್ನು ಎರಡು–ಮೂರು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸ ಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಪಿಸ್ಟುಲಾ ಸೀಳುರೋಗ ಮತ್ತು ಕುರುಗಳಂಥ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸದ ಗಾಯಗಳು ದೇಹದ ಇತರ ಕಡೆಯವುಗಳಂತೆ ಜಾಗ್ರತೆ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತವೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದ ಒಂದೆರಡು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿ ತನ್ನ ದಿನನಿತ್ಯದ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದಾದರೂ ಗಾಯಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿ ವಾಸಿಯಾಗಲು ಇನ್ನೂ ಕೆಲಸಮಯ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಷ್ಟು ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಪ್ರತಿಸಾರಿಯೂ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗಲಾರದು. ಬಹಳ ಕಾಲ ಅಂಡೂರಿ ಕುಳಿತುಕೊಳ್ಳುವುದು, ಬೈಸಿಕಲ್, ಮೊಪೆಡ್, ಮೋಟಾರ್ ಸೈಕಲ್‌ಗಳ ಸವಾರಿ, ಗಾಯಗಳು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಗುಣವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಾರಿ ಅಂತಹ ವಾಹನಗಳ ಸವಾರಿಯನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗುದನಾಳದ ಇತರ ರೋಗಗಳಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆ – ಮಲದ ಗಾತ್ರ, ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ಪಥ್ಯಾಹಾರ, ಮಲಬದ್ಧತೆಯ ನಿವಾರಣೆ, ಬಿಸಿ ನೀರಿನ ಕಟಿಮಜ್ಜನ ಇತ್ಯಾದಿ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಕೆಲ ಕಾಲ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಸಬೇಕು.

* * * *

೨೨. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ನಾವು ಸೇವಿಸಿದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಗೊಳಗಾಗಿ, ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳು ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹಕ್ಕೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಇನ್ನು ಉಳಿದ ಶಿಲುಕು ಮಲದ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಹೊರಗಡೆ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಹೀರಿಕೊಂಡ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನೀರು, ಶರ್ಕರ, ಪಿಷ್ಟಾ, ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು, ಜೀವ ಸತ್ವಗಳು, ಲವಣ ಮತ್ತು ಖನಿಜಾಂಶಗಳು



ಚಿತ್ರ ೨೯. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ, ೧. ಅಡ್ರೀನಲ್ ಗ್ರಂಥಿ, ೨. ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ, ೩. ಮೂತ್ರಕನಾಳ, ೪. ಮೂತ್ರಕೋಶ, ೫. ಮೂತ್ರನಾಳ

ಇರುತ್ತವೆ. ಸಕಲ ಜೀವಿಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ದೈನಂದಿನ ಕಾರ್ಯಕಲಾಪಗಳಿಗೆ ಬೇಕಾಗುವ ಜೈವಿಕ ದ್ರವ್ಯಗಳು ಈ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಮೂಲದಿಂದಲೇ ತಯಾರಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಯಕೃತ್‌ನಲ್ಲಿ ಜರುಗುವ ಈ ಮಹತ್ವದ ಕ್ರಿಯೆಗೆ "ಜೀವ ವಸ್ತುಕರಣ" ಅಥವಾ "ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣ" ಎಂದು ಹೆಸರು (ಮೆಟಬಾಲಿಸಂ).

ಈ ಜೈವಿಕ ದ್ರವ್ಯಗಳ ತಯಾರಿಕೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ಶರೀರದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಲ್ಲದ, ಕೆಲಸಾರಿ ಜೀವಿಗೇ ತೊಂದರೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದಾದ ಕೆಲವು ಅಂತಿಮ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಕರುಳಿನಿಂದ ಮಲವಿಸರ್ಜನೆ ಆಗುವಂತೆ, ಈ ತರಹೆಯ ವಸ್ತುಗಳ ವಿಸರ್ಜನೆಯೂ ಜರುಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ವಿಸರ್ಜನಾ ಕಾರ್ಯ ಮೂತ್ರದ ರೂಪದಲ್ಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆವರು, ಉಸಿರಾಟದಿಂದಲೂ ಈ ವಸ್ತುಗಳು ಅತ್ಯಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಮದಲ್ಲಿ ಹೊರಬೀಳುವುದಾದರೂ, ಅವುಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣ ಕಳೆತಕ್ಕಾಗಿ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲವೆಂಬ ವಿಶಾಲ ಹರವು ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾ ಶಕ್ತಿಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. (ಚಿತ್ರ ೨೯)

ಮೂತ್ರದ ತಯಾರಿಕೆ, ರವಾನೆ, ಶೇಖರಣೆ ಮತ್ತು ವಿಸರ್ಜನೆಯೂ ಪಚನಕ್ರಿಯೆಯಂತೆ ಅತ್ಯಂತ ಸಂಕೀರ್ಣ ಹಾಗೂ ಜಟಿಲವಾದ ಕ್ರಿಯೆ. ಅದನ್ನು ವ್ಯವಸ್ಥಿತವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವ "ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ" (Urinary System)ವೂ, ಮಿದುಳು, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಂತೆ ನಮ್ಮ ಜೀವನ ನಿರ್ವಹಣೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುವುದಾದರೂ, ಅವುಗಳ ಕಡೆ ನಮ್ಮ ಗಮನ ಅಷ್ಟಾಗಿರಲಾರದಷ್ಟೆ!

ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು : (ಕಿಡ್ನಿಗಳು) ಒಟ್ಟು ಮುನ್ನೂರು ಗ್ರಾಮ್ ಇರಬಹುದಾದ ಈ ಜೋಡಿ ಅವಯವಗಳು ಶರೀರದ ಒಟ್ಟು ತೂಕದ ಪಾಲು ಶೇ. ೦.೫ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ. ಆದರೆ ಮೂರ್ತಿ ಚಿಕ್ಕದಾದರೂ, ಕೀರ್ತಿ ಹಿರಿದು ಎನ್ನುವ ನಾಣ್ನುಡಿಯಂತೆ ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಗುರುತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಇವುಗಳಿಗಿದೆ. ಎರಡೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು ಉದರ ಕೋಶದ ಹಿಂಬದಿಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಎದೆ ಮತ್ತು ಪಕ್ಕೆಲುಬುಗಳ ಗೂಡಿನ ಕೆಳಗಡೆ ಬೆನ್ನು ಮೂಳೆಯ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿವೆ. ಹುರುಳಿ ಕಾಳಿನ ಆಕಾರದಂತಿರುವ ಒಂದೊಂದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಒಳ ಪಾರ್ಶ್ವದ ಅಂಚಿನ ನಡುವಿನಲ್ಲಿ ಗುಳಿ ಬಿದ್ದಂತಾಗಿರುವುದರಿಂದ "ಮೂತ್ರ – ಪಿಂಡಾಕಾರ" (Kindney Shaped)

ಎಂಬ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೂಪವನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ಸುಮಾರು ೧೦–೧೧ ಸೆಂ.ಮೀ. ಉದ್ದವಿರುವ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಸುತ್ತ ಕೊಬ್ಬೂತಕದ ರಕ್ಷಣೆ ಇರುವುದಲ್ಲದೆ ಅದರ ಮೇಲ್ಮೆ ಸುತ್ತ ಕವಚದ ಪರೆ ಇದೆ. ಸಾಗಿಸುವ ಮೂತ್ರಕನಾಳ (Ureter) ಉದ್ಭವಿಸಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಹೊರಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಗಡುಸಾದ ರಗಟೆ (Cortex) ಮತ್ತು ಒ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮಿದುವಾದ ತಿರುಳು (Medulla)ಗಳಿಂದ ರಚಿತವಾಗಿದೆ.

ಮೂತ್ರ ತಯಾರಿಕೆಯ ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿದಾದ ಘಟಕವೆನ್ನಬಹುದಾದ ಕಿರುನಾಳಗಳು (ಯುರಿನಿಫೆರಸ್ ಟ್ಯೂಬ್ಯೂಲ್ಸ್) ರಗಟೆ ಮತ್ತು ತಿರುಳಿನಲ್ಲಿ ಹಬ್ಬಿಕೊಂಡಿವೆ. ಮೂತ್ರ ತಯಾರಿಕೆಯ ಮೂಲ ಘಟಕ – ಕಿರುನಾಳ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಲೋಮ ನಾಳಗಳಿಂದ ಸಂಯೋಜನೆಯಾದ ಗೊಂಡೆಗೆ "ನೆಫ್ರಾನ್" ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲೂ ಒಂದು ಕೋಟಿಗೂ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಇಂತಹ ಘಟಕಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಘಟಕದಲ್ಲೂ ಅತ್ಯಂತ ಕಿರಿಯ (ರಕ್ತ) ಲೋಮನಾಳಗಳು ಗೊಂಡೆಯಂತೆ (ಗ್ಲೊಮಾರಲಸ್) ಮೂತ್ರ ತಯಾರಿಕೆಯ ಕಿರಿನಾಳಗಳ ಸುತ್ತುವರಿದು ಕೊಂಡು (ಟ್ಯೂಬಲ್ಸ್) ನೆಫ್ರಾನ್‌ಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಘಟಕಗಳಲ್ಲಿ ಲೋಮನಾಳದ ಭಿತ್ತಿಯು ಮೂತ್ರ ತಯಾರಿಕೆಯ ಕಿರುನಾಳದ ಭಿತ್ತಿಗಳಿಂದ ಕೇವಲ ಒಂದೆರಡು ಜೀವಕೋಷಗಳ ಅಂತರದಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ. ಲೋಮನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುವ ರಕ್ತದಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳು ನೀರಿನ ಜೊತೆ ಅಲ್ಲಿ ಏರ್ಪಾಡಾಗಿರುವ "ಭೌತ ರಾಸಾಯನಿಕ" ವ್ಯವಸ್ಥೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಕಿರುನಾಳದೊಳಗೆ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಲೋಮನಾಳದ ಭಿತ್ತಿಯ ಜೀವಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರದ ಕಿರುನಾಳದ ನಡುವೆ ಇರುವ ಒತ್ತಡದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಜರುಗುವ ಈ ಕ್ರಿಯೆಗೆ "ಸೂಕ್ಷ್ಮಾಭಿಸರಣ" (Osmosis) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲಿ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ನೀರು. ಲವಣ ಮತ್ತು ಶರೀರಕ್ಕೆ ಅನಾವಶ್ಯಕ ಹಾಗೂ ಹಾನಿಕರ ವಸ್ತುಗಳು ಮೂತ್ರವಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಗೊಂಡು ನಂತರ ವಿಸರ್ಜಿಸಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಇದರಿಂದಲೇ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರ್ಯಗಳಿಂದ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಮತ್ತು ಕ್ಷಾರೀಯ ಪರಿಸರವನ್ನು ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರವನ್ನು ಯಾವುದೇ ಗ್ರಂಥಿಯಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಸುರಿತಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಅದೊಂದು "ಸಾಂದ್ರೀಕೃತವಾದ ಸೋಸಿಕೆ" (Concen-

trated filtrate) ಎನ್ನಬಹುದು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುವ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟು ರಕ್ತ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಸದಾ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿದಿನ ಸುಮಾರು ೧೦೦ ಲೀಟರ್ ಮೂತ್ರದ ಮೂಲ ಜಲ ತಯಾರಾಗುತ್ತಿದ್ದರೂ, ಅದು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಸೋಸಿಕೆ, ಸಾಂದ್ರೀಕರಣಗಳಿಗೊಳಗಾಗಿ ಕೇವಲ ಒಂದು ಅಥವಾ ಒಂದೂವರೆ ಲೀಟರ್‌ನಷ್ಟು ಮೂತ್ರವಾಗಿ ಹೊರಬರುತ್ತದೆಂದರೆ, ಮೂತ್ರ ತಯಾರಾಗುವ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಯ ಜಟಲತೆಯ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ಅತಿಯಾಗಿ ಸೇವಿಸಿದ ಉಪ್ಪು ಮತ್ತು ನೀರು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯಲ್ಲಿ ಹೊರ ಬರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಇದೆ. ಆಹಾರದಲ್ಲಿನ ಸಸಾರಜನಕಗಳ ಜೀವ ವಸ್ತುಕರಣಕ್ರಿಯೆಯಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಯೂರಿಯಾ ಮತ್ತು ಸಾರಜನಕ (ನೈಟ್ರೋಜನ್)ಗಳಂತಹ ಹಾನಿಕರ ವಸ್ತುಗಳ ಕಳೆತವೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ಮೂಲಕವೇ ಜರುಗುತ್ತವೆ. ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಗದಿತವಾದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಮಿಗಿಲಾಗಿದ್ದರೆ ನಮ್ಮ ಸ್ವಾಸ್ಥ್ಯ ಹದಗೆಡುತ್ತವೆ.

ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಕೆಲವು ಆಗುಹೋಗುಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣವೂ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡೆಗಳಿಂದಲೇ ನಿರ್ವಹಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದೊತ್ತಡದ ನಿರ್ವಹಣೆ, ರಕ್ತದ ಉತ್ಪಾದನೆ, ಮೂಳೆಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆ ಮುಂತಾದವು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಲ್ಲೇ ಜರುಗುವುದು. ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಉಪ್ಪಿನ ಅಂಶವನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವುದು ಇಲ್ಲವೆ ತಡೆಹಿಡಿಯುವುದರಿಂದ ಅದು ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿದ್ದುಕೊಂಡು ರಕ್ತದಲ್ಲಿರಬೇಕಾದ ನೀರಿನ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ರಕ್ತದೊತ್ತಡಗಳು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುವ ರೆನಿನ್ ಎಂಬ ವಸ್ತುವಿನಿಂದ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಏರಿದರೆ, ಪ್ರೊಸ್ಟಾಗ್ಲಾಂಡಿನ್ ಎಂಬ ಅಂಶದ ಬಿಡುಗಡೆಯಿಂದ ಅದು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತಕಣಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುವ "ಎರಿತ್ರೋಪಾಯಿಟಿನ್" ಕೂಡ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಲ್ಲೇ ತಯಾರಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂಳೆಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆಗೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗುವ ಜೀವಸತ್ವ 'ಡಿ' ಚುರುಕುಗೊಳ್ಳುದು ಸಹಾ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲೇ.

ಮೂತ್ರದ ಶೇ. ೯೫ರಷ್ಟು ನೀರು, ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣದಂಥ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಸೋಡಿಯಂ ಕ್ಲೋರೈಡು (ಉಪ್ಪು) ಪೊಟಾಸಿಯಂ ಪಾಸ್ಪೇಟ್, ಯೂರೇಟ್ಸ್‌ಗಳ ಜೊತೆ, ಯೂರಿಯ, ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್, ಕ್ರಿಯೊಟನಿನ್‌ಗಳು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕರಗಿರುತ್ತವೆ. ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ, ಆಕ್ಸಲೇಟ್ಸ್, ಗ್ಲೂಕೋಸ್ (ಸಕ್ಕರೆ), ಆಲ್ಬುಮಿನ್ (ಸಸಾರಜನಕ)

ಮುಂತಾದವು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತರ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡರೆ ಅದು ಅನಾರೋಗ್ಯದ ಸಂಕೇತವೇ ಸರಿ. ಆರೋಗ್ಯ ತಪಾಸಣೆ ಮತ್ತು ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವವಿರುವುದು ಇದರಿಂದಲೇ. ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಈ ರಾಸಾಯನಿಕಳಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಏರುಪೇರಾದಾಗ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು (Stones) ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ತನ್ನ ಇತರ ಕರ್ತವ್ಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ವಿಫಲವಾದಾಗ (Kidney (Renal) Failure) ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಕ್ಕೆ ಹಾನಿಯುಂಟಾಗಬುಹುದು.

ಮೂತ್ರಕ ನಾಳ (ಯುರೇಟರ್) : ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳ ಗುಳಿ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸುಮಾರು ೩೦ ಸೆಂ.ಮೀ. ಉದ್ದ ಮೂತ್ರಕನಾಳ (Ureter) ಉದರ ಕೋಶದ ಹಿಂದುಗಡೆಯ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸುತ್ತದೆ. ತರಂಗ ಚಲನೆಯಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ತಯಾರಾದ ಮೂತ್ರ ಸದಾ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬಂದು ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಉದ್ಬವವಾಗುವ ಕಲ್ಲುಗಳು ಇದರ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವಾಗ ಭೀಕರ ಸ್ವರೂಪದ ಚಳುಕು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ,

ಮೂತ್ರಕೋಶ (ಯೂರಿನರಿ ಬ್ಲಾಡರ್) : ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಒಂದು ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ತ್ರಿಕೋಣಾಕೃತಿಯ ಸ್ನಾಯು–ತಂತುಗಳಿಂದ ರಚಿತವಾದ ಚೀಲ ಇದು. ಅದರ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಎರಡೂ ಕಡೆಯ ಪಾರ್ಶ್ವಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕ ನಾಳಗಳು ಬಂದು ಸೇರುತ್ತವೆ. ತ್ರಿಕೋಣದ ಕೆಳಭಾಗ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಮೂತ್ರನಾಳ (Urelhra)ವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ. ತ್ರಿಕೋಣದ ಕೆಳಗಡೆ ಮೂತ್ರನಾಳ ಆರಂಭವಾಗುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯನ್ನು ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ಬಿಗಿಸುತ್ತು ಇರುತ್ತದೆ. ಈ ಬಿಗಿಸುತ್ತು ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ನರಕೋಶಗಳ ನಿಯಂತ್ರಣದಲ್ಲಿದ್ದು ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಸಮಯ, ಸ್ಥಳ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ನಿರ್ದೇಶಿಸುತ್ತದೆ. ಬಿಗಿಸುತ್ತುಗಳ ಸನಿಹದಲ್ಲೇ ಮೂತ್ರನಾಳವನ್ನಾವರಿಸಿಕೊಂಡು ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ (Prostate) ಎಂಬ ಗ್ರಂಥಿ ಇರುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಕೋಶವು ತನ್ನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೪೦೦ ರಿಂದ ೫೦೦ ಮಿ.ಲೀ.ನಷ್ಟು ಮೂತ್ರವನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬಲ್ಲದು. ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ನರಗಳ ದೌರ್ಬಲ್ಯದ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗದೇ ಮೂತ್ರಕೋಶ ಬಹಳಷ್ಟು ಊದಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅದರೊಳಗೆ ಹಿರಿದಾದ ಕಲ್ಲುಗಳು

ಸಿಕ್ಕಿಕೊಂಡಾಗ ಮತ್ತು ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ ಊದಿ ಗೆಡ್ಡೆಯಾದಾಗಲೂ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಬಂದಾಗುತ್ತದೆ. ಕಲ್ಲುಗಳು ಸ್ವಯಂ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಲ್ಲೇ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾದವು ಇಲ್ಲಿ ಪ್ರವೃರ್ಧಮಾನವಾಗಿ ಬೆಳೆದು ದೊಡ್ಡದಾಗಲೂಬಹುದು.

ಮೂತ್ರನಾಳ (ಯುರೆತ್ರ) : ಮೂತ್ರಕೋಶದಿಂದ, ಪುರುಷನ ಶಿಶ್ನದ ಮುಖಾಂತರ ಪ್ರವಹಿಸುವ ಮೂತ್ರನಾಳದ ಉದ್ದ ೧೬ ರಿಂದ ೧೮ ಸೆಂ.ಮೀ. ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಪುರುಷನ ವೀರ್ಯವನ್ನು ಸಾಗಿಸುವ ಕಾರ್ಯವನ್ನೂ ಮೂತ್ರನಾಳ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಅದು ಹೊರಗೆ ಬಾಯಿ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಜಾಗ ಕೆಲವು ಬಾಲಕರಲ್ಲಿ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ತೀರಾ ಕಿರಿದಾಗಿ (Meatal Stenosis) ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡುವುದುಂಟು. ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಹೊರಗೆ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುವಾಗ ಇದರಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಬಾಧೆಯುಂಟಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೂ ತಡೆಯಾಗಬಹುದು. ಈ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ತಡೆಯಾಗುವ ಇನ್ನೊಂದು ಕಾರಣವೆಂದರೆ, ಶಿಶ್ನಮಣಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಮುಂದೊಗಲಿನ ರಂಧ್ರ ಕಿರಿದಾಗುವುದು (ಫೈಮೋಸಿಸ್) (ಮುಂದೆ ನೋಡಿ). ಸ್ತ್ರೀಯರ ಮೂತ್ರನಾಳ ಕೇವಲ ೩ ರಿಂದ ೪ ಸೆಂ.ಮೀ. ನಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿರುವ ಸರಳ ಅವಯವವಾಗಿದೆ.

* * * *

೨೩. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಮನುಕುಲದಷ್ಟೇ ಪುರಾತನ ಇತಿಹಾಸವಿದೆ. ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಎಲ್-ಆಮಾರ್ಥಾ ಎಂಬಲ್ಲಿರುವ ಗೋರಿಯೊಂದರ ಶವದ ಅವಶೇಷದ ಮೂತ್ರಕೋಶ ಕಲ್ಲು ಇರುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಕ್ರಿಪೂ. ನಾಲ್ಕನೇ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿದ್ದ ಆಧುನಿಕ ವೈದ್ಯ ಪದ್ಧತಿಯ ಪಿತಾಮಹನೆಂದು ಹೆಸರಾದ ಹಿಪೋಕ್ರೇಟ್ಸ್ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು ಇರುತ್ತಿದ್ದ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿದ ದಾಖಲೆಗಳಿವೆ. ರೋಮ್ ನಗರದಲ್ಲಿ ಹೆಸರಾಂತ ವೈದ್ಯನಾಗಿದ್ದ ಸೆಲ್ಸುಸ್ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲನ್ನು ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ಕ್ರಿಶ. ೩೦ರಲ್ಲಿ ತೆಗೆದ ಇತಿಹಾಸವಿದೆ.

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳ ವ್ಯಾಧಿ ಪ್ರಪಂಚದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವಿಶಿಷ್ಟ ಭೂಪ್ರದೇಶಗಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದುಂಟು. ಆ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸ, ಕುಡಿಯುವ ನೀರಿನ ಲಕ್ಷಣಗಳೇ ಈ ರೀತಿಯ ಹೆಚ್ಚಳಕ್ಕೆ ಕಾರಣನ್ನೆಲಾಗಿದೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣದವರಿಗಿಂತ ಉತ್ತರ ಭಾರತೀಯರಲ್ಲೇ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಅಲ್ಲಿಯೇ ಕೆಲವು ವಿಶಾಲ ಭೂ ಪ್ರದೇಶಗಳನ್ನು "ಕಲ್ಲುಗಳ ಪಟ್ಟಿ" (Stone Belts) ಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಅಂತಹ ಒಂದು ಪಟ್ಟಿ ಪಂಜಾಬಿನ ಅಮೃತಸರದಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗಿ ಚಂಡೀಗರ್, ಆಗ್ರಾಗಳ ಮೂಲಕ ಹಾದೂ ಕಾನ್ಪುರ, ಲಕ್ನೋಗಳ ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿ ಅಂತ್ಯಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಪಟ್ಟಿ ಪಶ್ಚಿಮ ಕರಾವಳಿಯ ಜಾಮ್ ನಗರದಲ್ಲಿ ಶುರುವಾಗಿ ರಾಜಕೋಟೆ, ಇಂದೂರು, ಭೂಪಾಲ್ ಮತ್ತು ಜಬ್ಬಲ್ಪುರಗಳ ಒಳಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ. ಪೂರ್ವ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣದ ರಾಜ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಇದರ ಉಪಟಳ ಕಡಿಮೆಯೆನ್ನಬಹುದಾದರೂ ಆಂಧ್ರ ಪ್ರದೇಶದ ರಾಯಲ ಸೀಮೆ ಮತ್ತು ಬೆಂಗಳೂರಿನ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಕೆಲವು ಊರುಗಳಲ್ಲಿ ಇತರ ಕಡೆಗಳಿಗಿಂತ ಅವು ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ.

ಕಾರಣಗಳು

ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಂತೆಯೇ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳ ಉದ್ಭವವಾಗುವುದರ ನಿಜವಾದ ಕಾರಣಗಳು ಇನ್ನೂ ನಿಗೂಢವಾಗಿವೆಯೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಹಲವು ಮಾಹಿತಿಗಳಿಂದ ವಿವಿಧ ತೆರನ ಕಲ್ಲುಗಳು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಊಹಿಸಬಹುದಷ್ಟೆ.

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಮೂತ್ರದ ಉತ್ಪಾದನೆ ಕಡಿಮೆಯಾದಾಗ ಅದು ಇನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸಾಂದ್ರೀಕೃತವಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾದಾಗ ಮೂತ್ರದ ಸಹಜಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಕರಗಿ ವಿಲೀನವಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಗಲ್ಲೆಗಳಾಗಿ ತೇಲಾಡಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಹರಳುಗಟ್ಟಿದ (Crystal-lize) ಮುದ್ದೆಗಳಂತಾಗಬಹುದು. ಇವೇ ಮುಂದೆ ಕಲ್ಲುಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುತ್ತವೆಂಬುದು ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯ.

ಕಲ್ಲು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವ ಮೊದಲು ಅಲ್ಲೊಂದು ಮೂಲ ಬಿಂದು (Ni-dus) ಉದ್ಭವಿಸಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೊದಲೇ ವಿವರಿಸಿದ ಹರಳುಗಟ್ಟಿದ ಮುದ್ದೆಗಳು, ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುಗಳ ಚೂರು, ರೋಗಾಣುಗಳ ಮುದ್ದೆ, ಅಥವಾ ಹೊರಗಡೆಯಿಂದ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಸೇರಬಹುದಾದ ವಸ್ತುಗಳೇ ಇಂತಹ ಬಿಂದುಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರದ ರಾಸಾಯನಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಈ ಬಿಂದುಗಳ ಸುತ್ತ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳು ಪದರ ಪದರವಾಗಿ ಎರಕ ಹೊಯ್ದಂತೆ ಶೇಖರವಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರದ ಮುಂದುರಿದ ಹರಿವಿಗೆ ಉಂಟಾಗಬುಹುದಾದ ಅಡಚಣೆ, ಇಲ್ಲವೇ ಒಂದೇ ಕಡೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ ಬಹಳ ಕಾಲ ನಿಲ್ಲುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ (ಬಹಳ ಕಾಲ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿದು ಮಲಗಿದವರು), ಕಲ್ಲುಗಳು ಹರಳುಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಇಂಬು ಕೊಟ್ಟಂತಾಗುತ್ತದೆ.

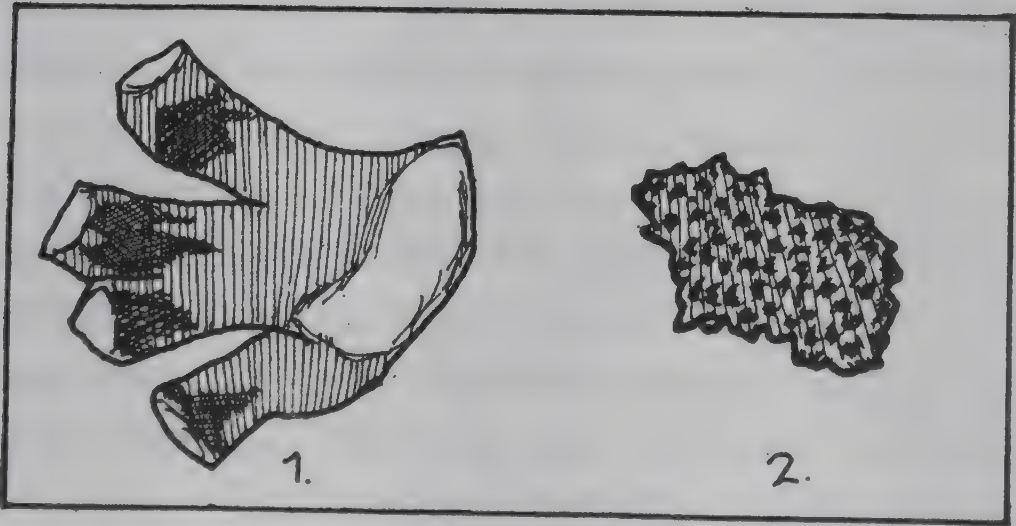
ಜೀವಸತ್ವ 'ಎ' ಮತ್ತು ಬಿ-೬ (ಫೈರಿಡಾಕ್ಸಿನ್)ಗಳ ಕೊರತೆ, ಪ್ಯಾರಾಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಮಿತಿಮೀರಿದ ಕಾರ್ಯಕ್ಷಮತೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಖನಿಜದ ಮಟ್ಟ ಏರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ-ಆಕ್ಸಲೇಟ್ ಮತ್ತು ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಹಕ್ಕಿ, ಪಕ್ಷಿಗಳು, ಕೋಳಿ ಮಾಂಸ, ಮೀನು, ಹಾಲು ಮತ್ತು ಇತರ

ಹೈನುಗಾರಿಕೆಯ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವವರ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್, ಪ್ಯೂರೀನ್ ನಂತಹ ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಇವು ಕೆಲವು ತರಹೆಯ ಕಲ್ಲುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕಲ್ಲುಗಳ ತರಹೇವಾರಿ (ಚಿತ್ರ ೩೦)

ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಆಕ್ಸಲೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳು : ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹೊರಬೀಳುವವರಲ್ಲಿ ಈ ಜಾತಿಯ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರದ ಕಲ್ಲುಗಳ ವಿವಿಧ ಮಾದರಿಗಳಲ್ಲಿ ಇವುಗಳೇ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗದಷ್ಟಿರುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲೇ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಂಟಿಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಿರಿದಾಗಿರುತ್ತವೆ; ಆದರೆ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಹಲಸಿನಕಾಯಿಯ ಮುಳ್ಳುಗಳಂತೆ ಒರಟಾಗಿದ್ದು ಇವುಗಳಿಂದ ವಿಪರೀತ ಬಾಧೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವವರಲ್ಲಿ ಆಗುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವಕ್ಕೂ ಮೇಲ್ಮೈಯ ಮುಳ್ಳುಗಳೇ ಕಾರಣ. ಮೂತ್ರಕ ನಾಳದ ಮುಖಾಂತರ ಇವು ಕೆಳಗಿಳಿಯುವಾಗ ಉಂಟಾಗುವ ಯಾತನೆ ತಡೆಯಲಸಾಧ್ಯ (ಯರೆಟ್ರಿಕ್ ಕಾಲಿಕ್); ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ



ಚಿತ್ರ ೩೦. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು. ೧. ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಕಲ್ಲು (ಸ್ಟಾಗ್ ಹಾರನ್), ೨. ಆಕ್ಸಲೇಟ್ ಕಲ್ಲು.

ಕಿರಿದಾಗಿದ್ದರೂ ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ನೋವು ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಉಂಟು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವ ರೋಗಿಗಳು ಬಹು ಬೇಗ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಬರುತ್ತಾರೆ. ಅಪಾರ ದರ್ಶಕ ಗುಣವಿರುವ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳ ಬಹುಪಾಲು ಎಕ್ಸರೇ

ಪಟದಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವು ಮೂತ್ರಕೋಶವನ್ನು ಸೇರಿದ ನಂತರ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ವಿಪರೀತ ನೋವು ಮತ್ತು ರಕ್ತ-ಮೂತ್ರಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳು :

ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಜೊತಗೆ ಅಮೋನಿಯಂ ಮತ್ತು ಮ್ಯಾಗ್ನೇಶಿಯಂ ಫಾಸ್ಫೇಟುಗಳೂ ಸೇರಿರಬಹುದು. ಕ್ಷಾರೀಯ ಮೂತ್ರ ಇವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಸಹಕಾರಿ. ಮೇಲ್ಮೆ ನುಣುಪಾಗಿದ್ದು ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಇಡೀ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಒಳಾವರಣವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡು ಜಿಂಕೆ ಕೋಡಿನ ಆಕಾರ (ಸ್ಟಾಗ್-ಹಾರನ್) ತಾಳುತ್ತವೆ. ಮೇಲ್ಮೈ ನುಣುಪಾಗಿರುವುದರಿಂದ ನೋವು, ಅಥವಾ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಲಕ್ಷಣಗಳು, ಇಡೀ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಹಾಳಾಗುವರೆಗೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳದೇ ಇರಬಲ್ಲವು ! ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಇವು ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮತ್ತು ಯೂರೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳು :

ಮಾಂಸ, ಮೀನು, ಹಕ್ಕಿ, ಪಕ್ಷಿ, ಕೋಳಿಗಳ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಿನ್ನುವವರಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿನ ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುಗಳ ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಪ್ಯೂರೀನ್ ಎಂಬ ಸಂಯುಕ್ತ ವಸ್ತು ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ಯೂರೀನ್ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಿ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಸರ್ಜನನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಈ ತರಹೆಯ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರದ ಆಮ್ಲೀಯತೆ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಗೆ ಉತ್ತೇಜನಕಾರಿ. ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವವರೇ ಗೌಟ್ (Gout) ಎಂಬ ಸಂಧೀವಾತ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಈ ಎರಡೂ ವ್ಯಾಧಿಗಳೂ ಒಬ್ಬರಲ್ಲಿ ಏಕಕಾಲದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ತೀರಾ ಅಪರೂಪ.

ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಕಲ್ಲುಗಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಿರಿದಾಗಿರುವಾದರೂ, ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಪರಿಮಿತ. ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಒತ್ತಿಕೊಂಡು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳ ವಿವಿಧ ಮುಖಗಳು ಚಪ್ಪಟೆಯಾಗಿ (Facetted) ನುಣುಪಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಬಹಳ ನಿಧಾನ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವ ಈ ಕಲ್ಲುಗಳ ಬಹುಪಾಲು ಕೆಲಸಾರಿ ಯಾವ ಕುರುಹುಗಳನ್ನೂ ಪ್ರಕಟಿಸದೆ ನುಸುಳಿ ಬಿದ್ದು ಹೋಗಿರುತ್ತವೆ. ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದ ಕೆಲವು ಮೂತ್ರಕನಾಳದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ

ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಯಾತನೆ ಮತ್ತು ರಕ್ತ-ಮೂತ್ರದ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಬಹುದು. ಶುದ್ಧ ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ ಕಲ್ಲುಗಳು ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಈ ವರ್ಗದ ಬಹುಪಾಲು ಕಲ್ಲುಗಳು ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಆಕ್ಸಲೇಟ್‌ನಂತಹ ಇತರ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಜೊತೆಯಲ್ಲಿ ಕಲಬೆರಕೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಅಂತಹವು ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತವೆ.

ಸಿಸ್ಟೀನ್ ಕಲ್ಲುಗಳು

ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದವರಲ್ಲಿ ತಲೆ ತಲಾಂತರಗಳಿಂದ ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್ (Gene)ಗಳ ಸಂಜಾತ ನ್ಯೂನತೆಗಳಿದ್ದು, ಸಿಸ್ಟೀನ್, ಕ್ಯಾನ್‌ಥೀನ್‌ನಂತಹ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಹೊರಬೀಳುತ್ತವೆ. ಮೇಣದಂತೆ ಮೆದುವಾಗಿರುವ ಈ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಅತ್ಯಂತ ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತಾ ಯಾವ ಸದ್ದು ಗದ್ದಲವ ಇಲ್ಲದೆ ಇಡೀ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡು ಬೆಳೆಯುವುದುಂಟು. ಅವುಗಳಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಲಾರವು. ಹುಡುಗರಿಗಿಂತ ಹುಡುಗಿಯರಲ್ಲೇ ಇವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು. ಮೂತ್ರಕಲ್ಲುಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಜೊತೆಗೆ ಗಂಧಕದ ಅಂಶಗಳೂ ಸೇರಿರುವುದರಿಂದ ಇವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ನೋವು, ರಕ್ತ-ಮೂತ್ರ, ಕೆಲವು ಸಾರಿ ನಡುಕು ಜ್ವರ ಇವು ಮೂತ್ರಾಂಗ-ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವುದರ ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳು. ಬಹಳ ಸಮಯ ಬೆನ್ನಿನ ಕಿಬ್ಬದಿಯಲ್ಲಿ ಮಂದಗತಿಯ ನೋವು ಕಾಣಿಸುತ್ತಿರುವುದು ಅವುಗಳ ಮುನ್ಸೂಚನೆಯಾಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಬೂದಿ ಮುಚ್ಚಿದ ಕೆಂಡದಂತೆ ಬಹಳ ಸಮಯ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಅಡಗಿ ಕುಳಿತಿರಬಹುದು. ಎಂದಾದರೊಂದು ದಿನ ಅಗ್ನಿಶಾಮಕ ಎಂಜಿನ್‌ನಂತೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ನೋವಿನ ಆರ್ಭಟವನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಿ ತನ್ನ ಇರುವಿಕೆಯನ್ನು ಸಾಬೀತುಗೊಳಿಸಬಹುದು.

ಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ಬೇನೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬೆನ್ನಿನ ಮೂಳೆ ಮತ್ತು ಕಟ್ಟಕಡೆಯ ಪಕ್ಕೆಲುಬು ಸಂಧಿಸುವ ಕೋನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮುಂಭಾಗದಲ್ಲೂ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುದುಂಟು. ನೋವಿನ ತೀವ್ರತೆ ಕಲ್ಲಿನ ತರಹೆಗನುಗುಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಕ ನಾಳದ ಕಲ್ಲಿನ ಬೇನೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಿಟ್ಟು ಬಿಟ್ಟು ಬರುವ ಚಳುಕಿನಂತಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಯಾವ ಮುನ್ಸೂಚನೆಯೂ ಇಲ್ಲದೆ ಬರುವ ಇಲ್ಲಿಯ ಬೇನೆ ಅತ್ಯಂತ ತೀವ್ರ ಸ್ವರೂಪದ್ದು. ರೋಗಿ ಕೆಲಸಾರಿ ಕೈಕಾಲುಗಳನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕಡೆ ಮುದುರಿಕೊಂಡು ಸ್ತಬ್ಧನಾಗಿದ್ದರೆ ಮುಂದಿನ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತು ಒದ್ದಾಡಿಕೊಂಡು ಕೂಗಾಡುತ್ತಿರುತ್ತಾನೆ. ಮೈಯೆಲ್ಲಾ ಬೆವರಿ ತಲ್ಲಣಕ್ಕೊಳಗಾಗಬಹುದು ; ಪದೇ ಪದೇ ವಾಂತಿಯಾಗಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆ ನೋವಿಗಿಂತಲ ಹೆಚ್ಚು ಯಾತನಾ ಸ್ವರೂಪದ್ದೆಂದು ಅನುಭವಿಸಿದವರು ಹೇಳುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವೇ ನಿಮಿಷಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ಒಂದೆರಡು ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೂ ನೋವು ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಬಾಧಿಸುವುದುಂಟು. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಕಲ್ಲು ಕೆಳಗಿಳಿಯುವಾಗ ಕಿರಿದಾದ ಮೂತ್ರಕ ನಾಳದೊಳಗುಂಟಾಗುವ ಘರ್ಷಣೆಯೇ ಈ ಸ್ವರೂಪದ ಬೇನೆಗೆ ಕಾರಣ. ಕಿಬ್ಬದಿಯ ಪಕ್ಕ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಮುಂಭಾಗ, ಗೆಜ್ಜೆ ಶಿಶ್ನದ ತುದಿ ಮತ್ತು ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೂ ಈ ನೋವು ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಅತ್ತಿತ್ತ ಚಲಿಸಿದಾಗ ನೋವು ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಬೇನೆ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನಾ ಕ್ರಿಯೆ ಮುಗಿಯುತ್ತಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತೀವ್ರಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ, ಶಿಶ್ನದ ತುದಿ, ಜನನ ದ್ವಾರದ ಪಕ್ಕ ಮತ್ತು ಗುದ ಮುಂದಾಣಗಳಿಗೆ ನೋವು ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಚಲನೆ ಅದರಲ್ಲೂ, ವಾಹನಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಯಾಣ ಮಾಡುವಾಗ ಮೂತ್ರ-ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲು ಅಲ್ಲಾಡಿದಂತಾಗಿ ವೇದನೆ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮಲಗಿ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಪಡೆಯುವಾಗ ಕಲ್ಲು ಒಂದೇ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಇಂತಹವರು ರಾತ್ರಿ ಸುಖವಾಗಿ ಮಲಗಿ ನಿದ್ರಿಸುತ್ತಾರೆ.

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವವರ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಕಣಗಳಿರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಕಲ್ಲುಗಳ ಘರ್ಷಣೆಯಿಂದ ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು.

ಕಲ್ಲುಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದಾಗ ಈ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಬಹುದು. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ನಡುಕು ಜ್ವರ ಬರುವುದುಂಟು.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ

ಕೀವು ಮತ್ತು ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿದರೆ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಯಾವುದೋ ಒಂದು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳಿರುವುದರ ಸಂಶಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಆ ಪರೀಕ್ಷಾ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಫಾಸ್ಫೇಟ್, ಆಕ್ಸಲೇಟ್, ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್, ಸಿಸ್ಟೀನ್ ಮುಂತಾದವುಗಳು ಹರಳುಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದರೆ ಆ ತರಹೆಯ ಕಲ್ಲುಗಳಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ : ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ, ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್, ಫಾಸ್ಫೇಟ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಅಳೆಯುವುದರಿಂದ, ಅವು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಬಹಳಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದರೆ ಆ ತರಹೆಯ ಕಲ್ಲುಗಳಿರಬಹುದಾದ ಸೂಚನೆ ದೊರೆತಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಬಹುಪಾಲು ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತವಾದುದರಿಂದ ಈ ವಿಧಾನದ ಪರೀಕ್ಷೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಹೊರ ಹೋಗುವಂತೆ ತಯಾರು ಮಾಡಿದ ರೋಗಿಯ ಇಡೀ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಸಾದಾ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟವನ್ನು ಮೊದಲು ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಬಹುಪಾಲು ಕಲ್ಲುಗಳು ಇಂಥ ಪಟದಲ್ಲಿ ಗೋಚರವಾಗಬಹುದು. ರಕ್ತನಾಳದ ಮೂಲಕ ಎಕ್ಸರೇಗೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿ,ತಕ್ಷಣ ತೆಗೆದ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಕಾಣಿಸಿದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಕರಿನೆರಳುಗಳಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುತ್ತವೆ. (Intravenous Pyelography) ಜೊತೆಗೆ ಎರಡೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಿರಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳನ್ನೂ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ಆಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ಧ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹಾಯಿಸಿದಾಗ ಅವು ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತಲುಪಿ ಪ್ರತಿ ಫಲಿಸುವ ಮರುಚಲ ತರಂಗಗಳು ಅವುಗಳ ಇರುವಿಕೆಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಮಾಹಿತಿ ಒದಗಿಸುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡುವಲ್ಲಿ ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಸಿಸ್ಟಾಸ್ಕೋಪ್ : ಎಂಬ ಮೂತ್ರಕೋಶ ದರ್ಶಕವನ್ನು ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿ, ಬೆಳಕು ಹಾಯಿಸಿ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ನೋಡಬಹುದು. ಈ ದರ್ಶಕದೊಂದಿಗೇ ಬಿರುಸಾದ ತೂರ್ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಮೂತ್ರಕ ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದವರೆಗೂ ತೂರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇದರ ಮೂಲಕವೂ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕಳುಹಿಸಿ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಸರಿಯಾಗಿ

ಗೋಚರಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಆ ಕಡೆಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಉದರ ಭಾದೆ, ರಕ್ತ ಮೂತ್ರದಂತಹ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಇತರ ಕೆಲವು ವ್ಯಾಧಿಗಳಲ್ಲೂ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದಾದ್ದರಿಂದ ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಬಲಗಡೆ ನೋವಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್, ಪಿತ್ತಕೋಶ ದುರಿತ, ಹಾಗೂ ಕಲ್ಲುಗಳು, ಜೀರ್ಣಿಕ ಹುಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಅವಯವಗಳ ನೋವಿರುವ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಂದಲೂ ಹೊರತು ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದಲ್ಲೇ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಕ್ಷಯ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದಲೂ ಕಲ್ಲುಗಳ ವ್ಯಾದಿಯನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ನೋವಿನ ನಿವಾರಣೆ : ಈ ವ್ಯಾದಿಯಲ್ಲಿ ನೋವು ಪ್ರಮುಖ ಲಕ್ಷಣಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಅತ್ಯಂತ ತುರ್ತಾಗಿ ಉಪಶಮನ ಮಾಡಬೇಕಾದದೂ ಆಗಿರುತ್ತದೆ. ನೋವಿನಿಂದ ಒದ್ದಾಡುವ ರೋಗಿಯ ಯಾತನೆಯನ್ನು ತ್ವರಿತವಾಗಿ ಹತೋಟಿಗೆ ತರಲು ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಭಾವಶಾಲಿ ನೋವು ನಿವಾರಕ ಅಥವಾ ನಿದ್ರಾಜನಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೆಲಸಾರಿ ರಕ್ತನಾಳದ ಮುಖಾಂತರ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೆ ರೋಗಿಯು ತಲ್ಲಣಗೊಂಡಿರುವುದನ್ನು ಸುಧಾರಿಸಲು ಲವಣಾಂಶ ಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಬಾಟಲುಗಳನ್ನು ನೀಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಯೋಗದಿಂದ ಕರಗಿಸಲು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳು ಈ ತನಕ ಲಭ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆಯುರ್ವೇದ ಮೂಲದ ಕೆಲವು ಮದ್ದುಗಳು (ಸಿಸ್ಟೋನ್) ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುತ್ತವೆಂಬ ಉಲ್ಲೇಖಗಳಿವೆ. ಮೂತ್ರಕ ನಾಳ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಕೋಶಗಳಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಅತಿ ಸಣ್ಣ ಕಲ್ಲುಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಅವನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿ ನೋಡಬಹುದು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗಾತ್ರದ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಕಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ಕಲ್ಲನ್ನು ತೆಗೆದು ಆ ಭಾಗವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಹೊಲೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಲ್ಲು ಹಿರಿದಾಗಿದ್ದು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ,

ಅದಿಷ್ಟೂ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡವನ್ನೇ ಭಾಗಶಃ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಉಳಿದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ಉಳಿಸಬಹುದು. ಬಹಳಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಇಡೀ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡವನ್ನೆಲ್ಲಾ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡು, ಆ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಕಾರ್ಯ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದರೆ ಇಡೀ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನೇ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ಇನ್ನೊಂದು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಸ್ಥಿತಿ ಮತ್ತು ಅವನ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನವಲಂಬಿಸಿ, ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಕ ನಾಳದಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಕಲ್ಲನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸಲು ಸರಳ ವಿಧಾನವೊಂದು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ರೋಗಿ ಒಂದು ದಿನದಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಮೂತ್ರ ಸ್ರವಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಹಲವು ಬಾಟಲು ಗ್ಲೂಕೋಸ್‌ಗಳನ್ನು ಒಂದರ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಜೊತೆಗೇ ಸೆಳವು ನಿವಾರಕ, ಮೂತ್ರ ಸುರಿಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವರು. ಇದರಿಂದ ಮೂತ್ರ ಪ್ರವಾಹದೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ಹರಿದು ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವ ಕಲ್ಲನ್ನು ಕೆಳಗೆ ತಳ್ಳಿಕೊಂಡು ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಳಗೆ ತೂರಿಸಿದ ಸಿಸ್ಟಾಸ್ಕೋಪ್ ಮೂಲಕ ಬಿರುಸಾದ ತೂರ್ನಳಿಕೆ (uretric Catheter) ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಅಳವಡಿಸಿದ ಬಲೆಯಂಥ ಸಾಧನದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕನಾಳದ ಕಲ್ಲನ್ನು ಸಿಕ್ಕಿಸಿ ಎಳೆದು ತೆಗೆಯುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವೊಂದು ಈಗ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ (Basketing). ಆದರೆ ಬಹಳ ಹಿರಿದಾದ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದರೆ ಮೂತ್ರಕ ನಾಳವನ್ನು ತೆರೆದು ಕಲ್ಲನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯ ಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಲ್ಲಿರುವ ಸಾಮಾನ್ಯ ಗಾತ್ರದ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಲಿಥೋಟ್ರಿಟ್ ಎಂಬ ಇಕ್ಕಳದಂಥ ಸಾಧನವನ್ನು ರೂರಿಸಿ. ಒಡೆದು ಪುಡಿ ಮಾಡಿ ಹೊರಗೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಆದರೆ ಹಿರಿದಾದ ಕಲ್ಲುಗಳಿಗೆ, ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡಿ, ಮೂತ್ರಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆದು ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಲಿಥೋಟ್ರಿಪ್ಸಿ (Ultra Sound Lithotripsy) ಒಂದು ಸೆಕೆಂಡಿನ ಒಂದು ಸಾವಿರದಲ್ಲಿನ ಒಂದು ಅಂಶದಷ್ಟು ಕಾಲ ಪರಿಮಿತಿಯಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ದಟ್ಟ ಧ್ವನಿತರಂಗವನ್ನು ಉಂಟು ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ ಇತ್ತೀಚಿಗೆ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದಿದೆ. ಬೆಳಕಿಗಿಂತಲೂ ವೇಗವಾಗಿ ಚಲಿಸುವ ಇಂಥ ಧ್ವನಿ ತರಂಗಗಳು ಕಲ್ಲಿನಂಥ ಪೆಡಸಾದ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಪುಡಿ ಮಾಡುವ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಹೊಂದಿವೆ. ಈ ತತ್ವವಾಧಾರಿತ ಉಪಕರಣ–ಲಿಥೋಟ್ರಿಪ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಈಗ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ,

ಪಿತ್ರಕೋಶಗಳ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಪುಡಿ ಪುಡಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ಯಂತ್ರದಿಂದ ಕಲ್ಲು, ಇರುವ ಜಾಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಅಲ್ಲಿಗೆ ಲಿಥೋಟ್ರಿಪ್ಸರ್‌ನಿಂದ ವಿದ್ಯುತ್ ತರಂಗಗಳನ್ನು ಎಡೆಬಿಡದೆ ಹಾಯಿಸಿ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಪುಡಿ-ಪುಡಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಪುಡಿಯಾದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಕಾಲ ಕ್ರಮೇಣ ಮೂತ್ರದ ಮೂಲಕ ಹೊರಬೀಳುತ್ತವೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡಿ ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯ ಸಹಕಾರ ಪಡೆಯಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಹೊತ್ತು ನಿದ್ರಾಜನಕ ಮದ್ದು ಇಲ್ಲವೆ ಲಘು ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಷ್ಟೆ. ರೋಗಿಗೆ ಯಾವ ತರಹೆಯ ನೋವೂ ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಗೊಳಪಡಿಸಿದ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡ ಅಥವಾ ಸುತ್ತಲ ಯಾವುದೇ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯಾವುದಿಲ್ಲ. ಕೇವಲ ಅರ್ಧ-ಮುಕ್ಕಾಲು ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಮುಗಿದು ಹೋಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಕೇವಲ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಈ ವಿಧಾನದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಬಹಳ ದುಬಾರಿಯಾಗಿದ್ದು, ಕೆಲವು ದೊಡ್ಡ ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಲಭವಿದೆ.

ನಿರೋಧ ಕ್ರಮಗಳು

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ನಮೂನೆ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಜೀವ ವಸ್ತುಕರಣ ಸಮಯದಲ್ಲಾಗುವ ಉಪಪದಾರ್ಥಗಳು ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಮೊದಲಿನಂತೆಯೇ ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋದರೆ, ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕ್ರಮದಿಂದ ತೆಗೆದಿದ್ದರೂ ಅವು ಮತ್ತೆ ಅವು ಉದ್ಭವಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆದ ನಂತರ ಅವುಗಳ ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಅವುಗಳ ತರಹೆ ಮತ್ತು ಮರುಕಳಿಸದಿರಲು ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಇರದಂತೆ ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕು. ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಆಕ್ಸಲೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದವರು ಸಾಂದ್ರೀಕರಿಸಿದ ಕಾಫೀ, ಟೀ, ಕೋಲಾದಂತಹ ಪಾನೀಯಗಳು, ಚಾಕೋಲೇಟ್, ದ್ರಾಕ್ಷಾರಸ, ಬಸಲೆ ಜಾತಿಗೆ ಸೇರಿದ ಸೊಪ್ಪು ತರಕಾರಿಗಳ ಸೇವನೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬೇಕು, ಜೀವಸತ್ವ-ಬಿ-೬ (ಪೈರಿಡಾಕ್ಸಿನ್) ಮತ್ತು ಮೆಗ್ನೇಶಿಯಂ ಆಕ್ಸೈಡ್‌ಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿದಿನ ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣಗಳಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ತರಹೆಯ ಕಲ್ಲುಗಳು ಪುನಃ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆಂದು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಫಾಸ್ಫೇಟ್ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದವರು ಹಾಲು ಮತ್ತಿತರ ಹೈನುಗಾರಿಕೆ ಪದಾರ್ಥ ಆದಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸೇವಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಒಡೆಯದ ಧಾನ್ಯದ ಕಾಳುಗಳು, ಕರಟಕ ಜೀಜಗಳು (Nuts) – ನೆಲಗಡಲೆಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಒಣಗಿಸಿದ ಹಣ್ಣು–ಹಂಪಲು–ತರಕಾರಿ, ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಯಕೃತ್ತು (ಲಿವರ್) ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಂಥ ಅವಯವಗಳ ಮಾಂಸದ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಬಹಿಷ್ಕರಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲದಂತೆ ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕಲ್ಲದೆ ಮೂತ್ರ ಸದಾ ಕ್ಷಾರೀಯವಾಗಿರುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದವರು ಪ್ಯೂರೀನ್ ಯುಕ್ತ ಮಾಂಸದ ಪದಾರ್ಥಗಳು–ಕೋಳಿ, ಹಕ್ಕಿ–ಪಕ್ಷಿಗಳ ಮಾಂಸ, ಡಬ್ಬೀಕರಿಸಿದ ಸಾರ್ಡೀನ್ ಮೀನು ('ಭೂತಾಯಿ' ಮೀನು) ಚಿಪ್ಪಿನ ಮೀನು (ಮಳಿವೆ–Shell Fish) ಸಾಲ್ಮನ್ ಮೀನು, ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಅವಯವಗಳ ಮಾಂಸ, ಬಸಲೇ ಸೊಪ್ಪು ಮತ್ತು ಮದ್ಯಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬೇಕು, ಇಲ್ಲವೇ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತ್ಯಜಿಸಬೇಕು.

ರಕ್ತ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಯೂರಿಕ್ ಆಸಿಡ್ ಮಟ್ಟ ಅತಿಯಾಗಿರುವವರು ಅಲೋಪ್ಯೂರಿನಾಲ್ ಎಂಬ ಮದ್ದನ್ನು ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ.

ಸಿಸ್ಟೀನ್ ಕಲ್ಲುಗಳಿದ್ದವರು ಸಸಾರಜನಕದ ಅಂಶಗಳು ಅತಿಯಾಗಿರುವ ಮಾಂಸ, ಮೊಟ್ಟೆ ಹಾಲು, ಹಾಲಿನ ಪದಾರ್ಥಗಳು ಕರಟಕ ಬೀಜಗಳು (ನೆಲಗಡಲೆ ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ) ಸೇವನೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬೇಕು.

ಪ್ರತಿದಿನ ಸುಮಾರು ಎರಡುವರೆ–ಮೂರು ಲೀಟರ್‌ಗಳಷ್ಟು ನೀರು ಕುಡಿಯುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಕೊಂಡರೆ, ಹೆಚ್ಚಾದ ಮೂತ್ರ ಸುರಿತದಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಬೇಗನೆ ಹರಳು ಗಟ್ಟುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ರಾತ್ರಿಯೂ ಒಂದೆರಡು ಸಾರಿ ನೀರು ಕುಡಿಯುವುದು, ಬೇಸಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ನೀರು ಕುಡಿಯುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಒಳೆಯದು.

ಮರಳಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುವ ಕಲ್ಲುಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಯಾವ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನೂ ಪ್ರಕಟಮಾಡದೆ, ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಮೂತ್ರಾಂಗಗಳು ಮತ್ತು ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಹಾನಿಯುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಒಂದು ಸಾರಿ ಕಲ್ಲುಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ನರಳಿದವರು ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಒಳಗಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

೨೪. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಬದಲಿ ಅವಯವಗಳ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ (Organ Transplantation Surgery) ಇಪ್ಪತ್ತನೇ ಶತಮಾನದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಕೌತುಕಗಳಲ್ಲೊಂದು, ೧೯೫೪ರ ಡಿಸೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಅಮೆರಿಕಾದ ಡಾ॥ ಜೋಸೆಫ್ ಮುರ್ರೆ ಮತ್ತು ಅವರ ತಂಡದವರು ಮೊದಲ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದ ಯಶಸ್ವಿ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದರು. ಅದು ಇಬ್ಬರು ತದ್ರೂಪಿ ಅವಳಿಗಳ ನಡುವೆ ಜರುಗಿತು. ದಕ್ಷಿಣ ಆಫ್ರಿಕಾದ ಡಾ॥ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯಾನ್ ಬರ್ನಾಡ್ ೧೯೬೭ರಲ್ಲಿ ನಡೆಸಿದ ಯಶಸ್ವಿ ಬದಲಿ ಹೃದಯ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಜನರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಿತು. ಈಗ ದೇಹದಲ್ಲಿ ರೋಗಗ್ರಸ್ಥವಾದ ಹಲವು ಅವಯವಗಳ ಬದಲಿ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಧಾನ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಮಾತಾಗಿದೆ. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತೂ ಈಗ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಜರುಗುವಷ್ಟು ಸರಳವಾಗುತ್ತಿದ್ದು ಈಗಾಗಲೇ ಲಕ್ಷಾಂತರ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆದಿವೆ. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಇಂಥ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ೧೯೭೧ರ ಫೆಬ್ರವರಿಯಲ್ಲಿ ವೆಲ್ಲೂರಿನ ಕ್ರಿಶ್ಚಿಯನ್ ಮೆಡಿಕಲ್ ಕಾಲೇಜು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ನಡೆಯಿತು. ಈಗ ದೇಶದ ಹಲವಾರು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗಿ ನಡೆಯುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಾಣಾಂತಿಕ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸಾವಿರಾರು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಪೀಠಿಕೆ

ದೇಹಕ್ಕೆ ಸ್ವಂತವಲ್ಲದ ವಸ್ತುಗಳು ಹೊರಗಿನಿಂದ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಪ್ರವೇಶಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಅದಕ್ಕೆ ಒಗ್ಗಿಕೊಳ್ಳಲಾರವು. ದೇಹಕ್ಕೊದಗಬಹುದಾದ ಇಂತಹ ಅಪಾಯಗಳ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಸದಾ ಸಜ್ಜಾಗಿರುವ ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳ ರಕ್ಷಣಾ ತಂಡ ತನ್ನದಲ್ಲದ ಪರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಹೊರದೂಡಲು ಇಲ್ಲವೆ ನಾಶಮಾಡಲು ಹೋರಾಟದಲ್ಲಿ ತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಇದು ನಿಸರ್ಗ ನಿಯಮ.

ಒಬ್ಬ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮೈಯಲ್ಲಿ ಗಾಯವಾದಾಗ ಅವನ ದೇಹದ ಇನ್ನೊಂದು ಭಾಗದಿಂದ ಚರ್ಮದ ಚೂರನ್ನು ಹರಡಿ ನಾಟಿ ಹಾಕಿದರೆ, ಅದು ನಿರಾಕರಿಸಲ್ಪಡದೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತದೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲದಲ್ಲೇ ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚುತ್ತದೆ. ಎಲ್ಲಾ ರೀತಿಯಿಂದಲೂ ಸರಿಸಮಾನವಿರುವ ಒಂದಂಡಾಣು ಮೂಲದಿಂದ ಜನ್ಮತಾಳಿದ ತದ್ರೂಪಿ ಅವಳಿ-ಜವಳಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳ ನಡುವೆ ಇಂಥಾ ಚರ್ಮ ಅಥವಾ ಇತರ ಅವಯವಗಳ ಬದಲಿ ನಾಟಿ ಕ್ರಿಯೆ ನಡೆದಾಗಲೂ ನಿರಾಕರಣೆ ಜರುಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಹೊಂದಿಕೊಂಡು ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಇಂತಹವರ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಎಲ್ಲಾ ತೆರದಿಂದಲೂ ಸರಿಸಮಾನವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಇದು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ತೀರಾ ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಗಳಾದ ತಾಯಿ, ತಂದೆ, ಸಹೋದರ-ಸಹೋದರಿ ಮುಂತಾದವರಿಂದ ನಡೆದ ಬದಲಿ ಅವಯವಗಳ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದಾಗಲೂ ಪ್ರತಿಸಾರಿಯೂ ಮೇಲಿನ ತರಹೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ನಿರಾಕರಣೆಯಾಗದಿದ್ದರೂ ಪ್ರತಿಸಾರಿಯೂ ಅವು ಹೊಂದಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ತಂದೆ ಮತ್ತು ತಾಯಿಯರ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಮೂಲದವರಾದುದರಿಂದ ಅವರ ಮಕ್ಕಳೆಲ್ಲರಲ್ಲೂ ಸರಿ ಸಮಾನತೆ ಇರುತ್ತದೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ತಂದೆ-ತಾಯಿಯರ ಮೂಲದಿಂದ ವಿವಿಧ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ "ರೋಧಜನಕ" (Antigens) ವಸ್ತುಗಳು ಮಿಲನವಾಗಿರುವುದೇ ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ. ಇವರೆಲ್ಲರೂ ನಾಟಿ ಹಾಕಿದ ಬದಲಿ ಅವಯವಗಳು ನಿರಾಕರಣೆಯಾಗದೆ ಶಾಶ್ವತವಾಗಿ ಉಳಿಯ ಬೇಕಾದರೆ, ಅವರ ಬಿಳೀ ರಕ್ತ ಕಣಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ "ನಿರಾಕರಣ ನಿಗ್ರಹ ಮದ್ದು"ಗಳನ್ನು ಅವಯವ ನಾಟಿ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡವರಿಗೆ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಇದರಿಂದ ಅಂತಹವರ ದೇಹದ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಶಿಥಿಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರು ಮುಂದೆ ಪದೇ ಪದೇ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕುಗಳಿಂದ ನರಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಲೇ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಲೂ ಬಹುದು.

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಹಿಂದಿನ ಲೇಖನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆಯಷ್ಟೆ. ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮೂತ್ರಾಂಗದಲ್ಲೂ ಇರುವ ನೆಫ್ರಾನ್ ಘಟಕಗಳು ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡದ ಕೇವಲ ಮೂರನೆ ಎರಡರಷ್ಟು ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ

ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಹೊರನೋಟಕ್ಕೆ ಇದೊಂದು ಒಳ್ಳೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಎನಿಸಬಹುದು. ಅವನಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳ ಮೂರನೇ ಒಂದರಷ್ಟು ಮೀಸಲು ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಯೇ, ಇಡೀ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ವಿನಾಶದ ಅಂಚಿನವರೆಗೂ ತಲುಪುವಷ್ಟರ ತನಕ ಸದ್ದಿಲ್ಲದೆ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಕೊನೆಯವರೆಗೂ ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿಂದ ಕೆಲಸಾರಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ಉಪಕಾರಕ್ಕಿಂತ ಹಾನಿಯುಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ಅಂತಹವರು ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಫಿಧಾನಗಳಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾರದ ಹಂತವನ್ನು ತಲ್ಪಿದಾಗಲೇ ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಬರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ಬೇರೂರಿದ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ.

ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು ವೈವಿಧ್ಯಮಯ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳ ಕೇಂದ್ರಗಳಾಗಿವೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ಕಾಡುವ ರೋಗಗಳು ವಿವಿಧ ಮೂಲಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ವೈವಿಧ್ಯಮಯವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವಂತೂ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳ ಅಸ್ತಿತ್ವಕ್ಕೆ ಧಕ್ಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಿ ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಅತ್ಯಂತ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. (Acute Renal Failure); ಇಲ್ಲವೆ ಅತ್ಯಂತ ವಿಳಂಬ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು (Chronic Renal Failure). ತೀವ್ರಗತಿಯ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರದ ತಯಾರಿಕೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ತ್ವರಿತವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಿ, ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಜರೂರಾಗಿ ಅಳವಡಿಸಿದರೆ, ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡು ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಬಹುದು. ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳ ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ನಿಧಾನವಾಗಿಯೂ, ಕೆಲಸಾರಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಾರದಷ್ಟು, ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರಬಹುದು. ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳು ಬಹುಪಾಲು ನಾಶವಾದ ನಂತರವೇ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಚಿತ್ರ ದುತ್ತೆಂದು ಗೋಚರಿಸುವುದುಂಟು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು "ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟದ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ" (End-Stage Renal Failure) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ಶೇ. ೩೦ರಷ್ಟು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆ

ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಯೂರಿಯಾದ ಪ್ರಮಾಣವೂ ಏರಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವು ಸಾರಿ ಅದು ಶೇ. ೧೫-೨೦ರಷ್ಟು ಕೆಳಗೆ ಇಳಿದಾಗಲೂ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ಶೇ. ೫-೧೦ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿದಾಗ ಜೀವಹಾನಿಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತವೆ.

ಕಾರಣಗಳು

ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಕಾರ್ಯ ವಿಫಲತೆಯ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿವೆ. ಈ ಕಾರಣಗಳು ಒಂದೊಂದು ಭೂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿರುವುದೊಂದು ವಿಶೇಷ. ಆಯಾ ಭೂಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರ ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸಗಳು, ಅವರು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಔಷಧಗಳು, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ಚಟ, ಅವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಇತರ ರೋಗಗಳು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುತ್ತವೆ.

ಕ್ರಾನಿಕ್ ಗ್ಲೋಮರುಲೋ ನೈಫ್ರೈಟಿಸ್ : (ಶೇ. ೨೮) ಬಿಳೀ ರಕ್ಷಕಣಗಳ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನ್ಯೂನತೆಗಳುಂಟಾದಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ತಲೆದೋರುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು ವಿಳಂಬಗತಿಯಿಂದ ನಾಶವಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೈ ಕಾಲುಗಳ ಊತ, ರಕ್ತ ಮಿಶ್ರಿತ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಲಕ್ಷಣ, ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯುಂಟಾಗದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲ. ಆರಂಭದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಗೋಚರಿಸಿದ ತಕ್ಷಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಟ್ಟರೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿನ ಚೇತರಿಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಅಂತಿಮ ಘಟ್ಟದ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ ಬಹು ಬೇಗ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಕ್ರಾನಿಕ್ ಇಂಟರ್ ಸ್ಟಿಸಿಯಲ್ ನೈಫ್ರೈಟಿಸ್ : (ಶೇ. ೨೫) ಆಸ್ಪಿರಿನ್, ಫಿನಾಸಿಟಿನ್‌ನಂತಹ ಮದ್ದುಗಳು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳ ಅತಿಯಾದ ಸೇವನೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಇಂತಹ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಅತಿಯಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಚಟಗಳನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ಪಾಶ್ಚಾತ್ಯರಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇವುಗಳ ಗೀಳು ಇನ್ನೂ ಅಷ್ಟಾಗಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲುತ್ತಿರುವುದು ಈಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಬಳಲುವವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗುವ ಮುನ್ಸೂಚನೆಗಳಿವೆ. ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರ

ಮಾಡುವಂತಾಗುವುದು, ಉರಿ-ಮೂತ್ರ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಆರಂಭದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು. ಮುಂದೆ ಜ್ವರ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಿರುವ ಸ್ಥಾನದಲ್ಲಿ ನೋವು ಸಹಾ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಪದೇ ಪದೇ ತಗುಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಶೇ. ೨೦ ರಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರು ತಮ್ಮ ಜೀವಮಾನದಲ್ಲಿ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಸಾರಿ ಈ ತೆರನ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ನರಳಿರುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸಂಜಾತ ನ್ಯೂನತೆಗಳಿರುವವರಲ್ಲೂ ಅವುಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ಹೆಂಗಸರಿಗೆ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಮೂರು ಸಾರಿ, ಗಂಡಸರಿಗೆ ಒಂದು ಸಾರಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿದ್ದರೆ, ಅವರನ್ನು ವಿವರವಾದ ಎಕ್ಸರೇ, ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್‌ನಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೊಳಪಡಿಸಿ, ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿದ್ದರೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ (ಶೇ. ೨೪+೧೦) ಗಳಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿರುವವರು ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಸೂಕ್ತ ಪಥ್ಯಾಹಾರ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಂದ ಅವನ್ನ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟು ಕೊಂಡರೆ, ಮುಂದೆ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯುಂಟಾಗುವ ಸಂಭಾವಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ.

ಪಾಲಿಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು : (ಶೇ. ೨) ಇದೊಂದು ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆ ; ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಲ್ಲಿ ನೀರಿನಂಥ ದ್ರವ ತುಂಬಿರುವ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಬೊಕ್ಕೆ (Cysts)ಗಳಿರುತ್ತವೆ. ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಅವು ಹಿರಿದಾಗಿ ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಮೂತ್ರ - ಪಿಂಡದ ಸಹಜ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಒತ್ತಿ ಹಿಸುಕಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಇಡೀ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡವೇ ಕ್ರಮೇಣ ನಾಶವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಪರಿಣಾಮಗಳು ನಡುವಯಸ್ಸಿನವರೆವಿಗೂ ಪ್ರಕಟವಾಗದಿರಬಹುದು. ಅಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಅವರಿಗೆ ಜನಿಸಿದ ಶೇ. ೫೦ರಷ್ಟು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಸುಪ್ತವಾಗಿ ಇರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದೊಳಿತು. ಅದರ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವವರು ಮುಂದೆ ಮದುವೆಯಾದರೂ ಮಕ್ಕಳಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿದರೆ ಜನಸಮೂಹದಿಂದಲೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಕಲ್ಲುಗಳು : ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡ ಮತ್ತಿತರ ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಕಲ್ಲುಗಳು ಉದ್ಭವವಾಗಿ ಈ ಅವಯವಗಳ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಗೆ ಹಾನಿಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಕಲ್ಲುಗಳ ಇರುವಿಕೆ, ರಕ್ತ–ಮೂತ್ರ, ನೋವು ಮುಂತಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿಂದ ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದಾದರೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳು ನಾಶವಾಗಿ ಅವುಗಳ ಕಾರ್ಯ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುವವರೆಗೂ ಪ್ರಕಟವಾಗಲಾರವು. ಆದುದರಿಂದ ಕಲ್ಲುಗಳ ಅನುಮಾನವಿರುವವರನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ಅವುಗಳ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನನುಸರಿಸಿ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಬೇಕು.

ವಿಳಂಬ–ಗತಿಯ ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡ ಕಾರ್ಯವೈಫಲ್ಯತೆಯ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ನರಳುವವರ ಬಗೆಗೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ಅಂಕಿ–ಅಂಶಗಳಿಲ್ಲ. ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ೫ ಕೋಟಿ ಜನರಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೫೦ ಜನ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯಿಂದ ಪ್ರತಿದಿನ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಲಾಗಿದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯ ಆರಂಭದ ಸೂಚನೆಗಳಿರುವಾಗಲೇ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿದರೆ ಇದರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನರನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ವಿಳಂಬ ಗತಿಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಂದ ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡಗಳು ಸಹಜವಾಗಿ ನಿರ್ವಹಿಸುವ ವಿಷಕರ ಅಂಶಗಳ ಕಳೆತ, ಮತ್ತು ಕೆಲವು ನಿಯಂತ್ರಣ ಕಾರ್ಯಗಳು ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತವೆ. ಯೂರಿಯಾ, ಕ್ರಿಯಾಟಿನಿನ್ ನಂತಹ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳ ಮಟ್ಟ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಏರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ದೇಹದ ಇತರ ಅವಯವಗಳಲ್ಲೂ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳಿನ ಮೇಲಿನ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಬುದ್ಧಿ ಮಾಂಧ್ಯತೆ, ಮಂಪರು, ಇಲ್ಲವೆ ಮಯಕ (Coma)ದಂತಹ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಹಸಿವಾಗದಿರುವುದು, ವಾಕರಿಕೆ, ರಕ್ತ–ವಾಂತಿ–ಭೇದಿಯ ಚಿಹ್ನೆಗಳು, ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು. ಹೃದಯ ಸ್ನಾಯು ದೌರ್ಬಲ್ಯತೆ, ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ, ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ನೀರು ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಅಸ್ಥಿಪಂಜರದ ಬಲಹೀನತೆ, ಚರ್ಮ ತುರಿಕೆಯಂತಹ ಚಿಹ್ನೆಗಳೂ ಸಹಾ ಈ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ವಿಳಂಬ ಗತಿಯ ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡ ಕಾರ್ಯ–ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ

ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಾಶಸ್ತ್ಯವಿಲ್ಲ. ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಪಥ್ಯಾಹಾರದಿಂದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಹಾಯವಾಗಬಹುದು. ಸಸಾರಜನಕದ ಅಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಮಾಂಸ ಮೂಲದ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದು ಇಲ್ಲವೆ ವರ್ಜಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಅದರಿಂದ ಅವುಗಳಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಯೂರಿಯಾ, ಸಸಾರಜನಕ, ಪೊಟಾಸಿಯಂ, ಫಾಸ್ಪೇಟ್‌ಗಳ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಗ್ಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇವುಗಳ ಮಟ್ಟ ಹೆಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಮೊದಲೇ ಶಿಥಿಲವಾದ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳ ಮೇಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಭಾರ ಹಾಕಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಸುಟ್ಟು ಬೇಯಿಸುವುದರಿಂದ (Baking) ಪೊಟಾಸಿಯಂ ರಸಾಯನಿಕ ಅವುಗಳೊಳಗೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡು ಹಾನಿಯುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವಂತೆ ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಹೆರೆದು, ಹೆಚ್ಚಿ ಕತ್ತರಿಸಿರುವುದರಿಂದ ಪೊಟಾಸಿಯಂ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗಿ ಹೊರಹೋಗಲು ಅನುಕೂಲವಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಪಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಉಪ್ಪಿನ ಕಳೆತ ಅತ್ಯಂತ ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸ. ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಉಪ್ಪನ್ನು ಬಳಸುವುದನ್ನು ತಕ್ಷಣ ತ್ಯಜಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಪಥ್ಯಾಹಾರದಿಂದ ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂದುವರಿಯುವ ವೇಗವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬಹುದಷ್ಟೆ. ಅದನ್ನು ಖಾಯಂ ಆಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಡಯಾಲಿಸಿಸ್

ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಿಂದ ನರಳುವವರಿಗೆ ಈಗ ಎರುಡ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಅವುಗಳೆಂದರೆ ಜೀವನ ಪರ್ಯಂತರ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ (Dialysis) ಇಲ್ಲವೆ ಬದಲಿ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ.

ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಮೂತ್ರದ ಶುದ್ಧೀಕರಣವನ್ನು ಕೃತಕವಾಗಿ ಜರುಗಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಮಿಶ್ರಣದ ದ್ರಾವಣ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುವ ರಕ್ತವನ್ನು ತೆಳುವಾದ ಪೊರೆ ಮಾತ್ರ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿರುವಷ್ಟು ಅಂತರದಲ್ಲಿ ಸಂಚರಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಿರಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿ ನಡೆಯುವಂತಹ ಸೂಕ್ಷ್ಮಾಭಿಸರಣ ತತ್ವದ ಆಧಾರದಂತೆಯೇ ಇಲ್ಲಿಯೂ ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ ಯೂರಿಯಾ, ಕ್ರಿಯಾಟಿನಿನ್,

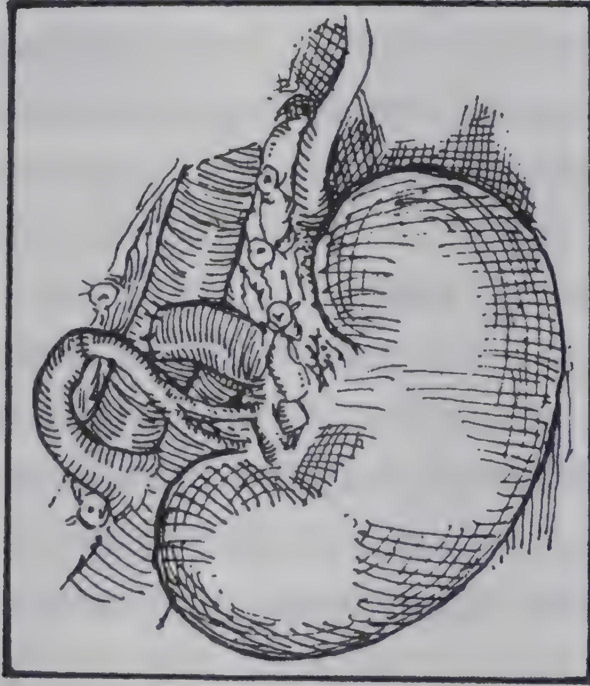
ಪೊಟಾಸಿಯಂನಂತಹ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳು ರಾಸಾಯನಿಕ ಮಿಶ್ರಣದಲ್ಲಿ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರಿಸಲು ವಾರದಲ್ಲಿ ೨–೩ ಸಾರಿ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್‌ಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ರೋಗಿ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಕಂಡು ಬಂದರೂ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಲ್ಲಿನ ವ್ಯಾಧಿ ಗುಣವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಿಂಗಳಿಗೆ ಸುಮಾರು ೫೦೦೦ ರೂಪಾಯಿಗಳು ಖರ್ಚು ಬರಬಹುದು. ಈಗ ಅಂತಹ ಯಂತ್ರಗಳನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಇರಿಸಿಕೊಂಡು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೂ ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಲೋಕನಾಯಕ ಜಯಪ್ರಕಾಶ ನಾರಾಯಣರು ಈ ರೀತಿ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಲೇ ರಾಷ್ಟ್ರದ ಆಡಳಿತವನ್ನೇ ಬದಲಿಸುವಂಥ ತಿರುವು ಕೊಡುವ ಆಂದೋಲನ ನಡೆಸುತ್ತಿದ್ದರೆಂದರೆ, ಡಯಾಲಿಸಿಸ್‌ನ ಉಪಯುಕ್ತತೆಯ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರು ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವವರೆಗೂ ಡಯಾಲಿಸಿಸ್‌ನಿಂದಲೇ ಜೀವನವನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಒಂದರ ಮೂರನೆ ಎರಡರಷ್ಟು ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸುಗಮ ಜೀವನಕ್ಕೆ ಸಾಕಾಗುತ್ತದೆಂದ ಮೇಲೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಆರೋಗ್ಯದಿಂದಿರುವವರು ಒಂದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ತಮಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯದ ಭಯವಿಲ್ಲದೆ ದಾನ ಮಾಡಬಹುದು. ದಾನಿಯಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಸಾಕಷ್ಟು ಗುರುತರವಾದದ್ದೇ, ಅವನ ಇನ್ನೊಂದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಕ್ಕೆ ಮುಂದೆ ರೋಗ ತಗಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಸಹಾ ಇರುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ ದಾನಿಗಳನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾದ ಪರಿಶೋಧನೆಯ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲಾಗುವುದು. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಮುಂತಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನಹರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಹೃದಯ ಮುಂತಾದ ಪ್ರಮುಖ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿ, ಅವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ರೋಗಿಯೊಬ್ಬನನ್ನು ಬದುಕಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ದಾನಿಯ ಒಳಿತು ಕೆಡುಕುಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ

ಮುತುವರ್ಜಿ ವಹಿಸದೆ ಅವನಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ದಾನವಾಗಿ ಪಡೆಯುವ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅವನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಲಕ್ಷದಲ್ಲೊಂದರಷ್ಟು ಅಪಾಯದ ಸೂಚನೆಯಿದ್ದರೂ ಅಂತಹವರನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲಸಾರಿ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ತಂಡದವರಲ್ಲದ ಬೇರೆ ವೈದ್ಯಪರಿಣಿತರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಸಹ ತೆಗೆದುಕೊಂಡು ಈ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇಂತಹ ದಾನದಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳ ಸಾಧ್ಯಾಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ದಾನಿ ಮತ್ತು ಅವನ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಕರಿಗೆ ಮನದಟ್ಟಾಗುವಂತೆ ವಿವರಿಸಿ, ಅವರು ಮನ ಸಾರೆ ಒಪ್ಪಿದ ನಂತರವೇ ಅವನಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ದಾನಿಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ರೋಗಿಯ ಬಲ ಅಥವಾ



ಚಿತ್ರ ೩೧. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಎಡ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಸ್ಥಾಪಿಸಿ ನೆಲೆಗೊಳಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡದ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ರೋಗಿಯ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿನ ಕೆಲವು ನಿಗದಿತ ರಕ್ತನಾಳಗಳೊಡನೆ ಬಾಯಿಗೂಡಿಸಿ ಹೊಲಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರಕ ನಾಳವನ್ನು ರೋಗಿಯ ಮೂತ್ರಕನಾಳಕ್ಕೆ ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ಹೊಲಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವುದಿಲ್ಲ. (ಚಿತ್ರ ೩೧)

ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ನಾಟಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅತ್ಯಂತ ಜಟಿಲ ಹಾಗೂ ನಾಜೂಕಿನ ಕೆಲಸ. ಈ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ನುರಿತ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರೇ ಈ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಜರುಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದ ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಫಲತೆ ಕೇವಲ ಶೇ. ೦.೫ಕ್ಕೂ ಕಡಿಮೆ ಎಂದರೆ ಈ ಬಗೆಗೆ ಎಷ್ಟು ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸುತ್ತಾರೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ರೋಗಿಗೆ ಮೂತ್ರ-ಪಿಂಡವನ್ನು ಅಳವಡಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ದಾನಿಯಿಂದ ಒಂದು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡವನ್ನು ತೆಗೆಯುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುವರು. ಅವನನ್ನು ಬೇರೊಂದು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ನುರಿತ ಶಸ್ತ್ರವೈದ್ಯರ ತಂಡದವರು ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡವನ್ನು ತೆಗೆಯುತ್ತಾರೆ. ಅದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ದಾನಿಯಿಂದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ತೆಗೆದ ನಂತರ ರೋಗಿಯನ್ನು ಅರಿವಳಿಕೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ಜೋಡಿಸಿ ನಾಟಿ ಹಾಕುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಇನ್ನೊಂದು ತಂಡದವರು ಕೈಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ದಾನಿಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳಿರುವ ದ್ರಾವಣದಲ್ಲಿ ಶೀತಲ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದ ೬-೮ ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ರೋಗಿಯ ದೇಹದಲ್ಲಿ ನಾಟಿ ಹಾಕಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಊರಿಂದ ಊರಿಗೆ ಇಂತಹ ದಾನಿಗಳ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ಜೆಟ್ ವಿಮಾನಗಳಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಆ ಗಡುವಿನೊಳಗೆ ತಂದು ರೋಗಿಗೆ ನಾಟಿ ಹಾಕುತ್ತಾರೆ.

ರೋಗಿಯ ದೇಹದಲ್ಲಿ ದಾನಿಯಿಂದ ತೆಗೆದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡವನ್ನು ನಾಟಿ ಮಾಡಿ ಹೊಲಿಯುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಿಂತ, ಅದು ಅವನಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನೆಲೆಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲುವಂತೆ ಮಾಡುವ ಕೆಲಸವೇ ಅತ್ಯಂತ ಜಟಿಲವಾದುದು. ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ನಿರಾಕರಣಕ್ರಿಯೆ (Rejection)ಯನ್ನು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿಡುವುದರ ಮೇಲೆ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಯಶಸ್ಸು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಜೀವಕಣಗಳ ಹೊರ ಮೈ ಮೇಲೆ ಎಚ್.ಎಲ್.ಎ. ರೋಧಜನಕ ಎಂಬ ರಾಸಾಯನಿಕ (Human Lymphocytic Antigens)ಗಳು ನೆಲೆಗೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲೂ ತಾಯಿ-ತಂದೆಯರ ಮೂಲದಿಂದ ತಲಾ ನಾಲ್ಕರಂತೆ ಒಟ್ಟು ಎಂಟು ಬಗೆಯ ರೋಧ ಜನಕ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯತೆ (Tissue Type) ರೂಪುಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ತಾಯಿ–ತಂದೆ ಮಕ್ಕಳ ಒಂದು ಸಂಸಾರಲ್ಲಿ ಜೋಡಿಗಳ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಇರಲು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಸಹೋದರ–ಸಹೋದರಿಯರ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟು ರೋಧಜನಕಗಳ ಅರ್ಧ ಸರಿಸಮಾನತೆ ಇರಬಹುದಾದ ಸಂಭವವಿರುತ್ತದೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟರಲ್ಲಿ ರೋಧಜನಕಗಳ ಸರಿಸಮಾನತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಬ್ಬರಿಗೊಬ್ಬರು ಸಂಬಂಧವಿರದ ಇಬ್ಬರು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಧಜನಕಗಳ ಸರಿಸಮಾನತೆ ಇರುವ ಸಂಭವ ಲಕ್ಷದಲ್ಲೊಂದರಷ್ಟು ವಿರಳ. ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಅರಿವಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಬಾರದಿರುವ ರೋಧಜನಕಗಳಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಈಗ ಗೊತ್ತಿರುವ ರೋಧಜನಕಗಳ ಸರಿ–ಸಮ ಜೋಡಣೆ (Shared-Matching) ಆದಷ್ಟೂ ನಿರಾಕರಣೆಯ ಸಂಭವ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದಂಡಾಣು ಮೂಲದ ತದ್ರೂಪಿ ಅವಳಿಗಳ ನಡವೆ ಜರುಗಿದ ಬದಲಿ ಅವಯವಗಳ ನಾಟಿಯಾದವರನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿ, ಮಿಕ್ಕವರೆಲ್ಲರೂ ಜೀವನ ಪರ್ಯಂತ ನಿರಾಕರಣ ನಿಗ್ರಹ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸುತ್ತಲೇ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಮದ್ದುಗಳು ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ರಕ್ಷಣಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಶಿಥಿಲವಾದವರು ಪದೇ ಪದೇ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕುಗಳಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುವುದರಿಂದ, ಅವರು ತುಂಬಾ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಬದಲಿ ಮೂತ್ರ–ಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಮುಂದೆ ಕನಿಷ್ಟ ೫ ವರ್ಷಗಳು ಆರೋಗ್ಯವಂತರಾಗಿದ್ದು ಸಹಜ ಜೀವನ ನಡೆಸುವಂತಾದರೆ ಅದೊಂದು ಸಫಲ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಎಲ್ಲಾ ವಿಧದಿಂದಲೂ ರೋಧ ವಸ್ತುಗಳ ಪರಿಪೂರ್ಣ ಸರಿಸಮ ಜೋಡಣೆಯಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಮಂದಿ ಇಂಥಾ ಫಲಿತಾಂಶ ಹೊಂದುವುದು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ ಅರ್ಧದಷ್ಟಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೫ರಷ್ಟು, ಅಸಮರ್ಪಕ ಸರಿ ಜೋಡಣೆಯಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೩೦ರಷ್ಟು ಸಫಲ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರಕುತ್ತಿವೆ. ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ದಾನಿಯೆಂದು ಮೊದಲೇ ನಿಯೋಜಿತನಾದ ವ್ಯಕ್ತಿಯಿಂದ, ಆರುತಿಂಗಳು ಮೊದಲೇ ರೋಗಿಗೆ ರಕ್ತದಾನವನ್ನೂ ನಡೆಸಿದ್ದರೆ ಇನ್ನೂ ಶೇ. ೧೫ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರಕುತ್ತಿರುವುದು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಗುಲುವ ಖರ್ಚು-ವೆಚ್ಚ

ದಾನಿ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಪೂರ್ವಭಾವೀ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು, ಡಯಾಲಿಸಿಸ್, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರ ಅವರಿಬ್ಬರ ಶುಶ್ರೂಷಣೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಈಗ ಸುಮಾರು ೪೦-೫೦ ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿಗಳ ಖರ್ಚಾಗಬಹುದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಮುಂದೆ ಜೀವನ ಪರ್ಯಂತ ನೀಡಬೇಕಾದ ನಿರಾಕರಣ ನಿಗ್ರಹ ಮದ್ದುಗಳಿಗೆ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ೪೦೦-೫೦೦ ರೂಪಾಯಿಗಳಾಗಬಹುದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿರುವವು ಇಮ್ಯೂರಾನ್ ಮತ್ತು ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೋನ್ ಮದ್ದುಗಳು. ಸೈಕ್ಲೋಸ್ಪೋರಿನ್ (Cyclo-Sporin) ಎಂಬ ನೂತನ ಮದ್ದು ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ನಿರಾಕರಣೆಯಾಗದಂತೆ ತಡೆಯುತ್ತದೆ. ಅದರ ಬಳಕೆಗೆ ತಿಂಗಳಿಗೆ ೫೦೦೦ ರೂಪಾಯಿಗಳು ತಗುಲುವುದರಿಂದ ಅದಿನ್ನೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ದಾನದ ಸಮಸ್ಯೆ

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ದಾನ ಮತ್ತು ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಈಗ ಬಹುಪಾಲು ತಂದೆ/ತಾಯಿ/ಸಹೋದರ/ಸಹೋದರಿ ಮತ್ತಿತ್ತರ ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ನಡುವೆ ಜರುಗುತ್ತಿವೆ. ಅಂತಹ ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲದವರು ಇತರರಿಂದ ದಾನವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅಪಾರ ಹಣತ್ತೆತ್ತು ಪಡೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದಾನ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ವ್ಯಾಪಾರೀ ಮನೋಭಾವ ಮತ್ತು ಮಧ್ಯವರ್ತಿಗಳ ಹಾವಳಿ ಈಗ ಈ ರಂಗಕ್ಕೂ ತನ್ನ ಕಬಂಧ ಬಾಹುಗಳನ್ನು ಚಾಚಿದೆ. ಪ್ರತಿಫಲವಾಗಿ ೨೦ ರಿಂದ ೫೦ ಸಾವಿರ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ಪಡೆಯುವವರೂ ಇದ್ದಾರೆ. ತಮ್ಮ ಸಂಸಾರದ ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ಒಂದೇ ಕುಟುಂಬದ ಹಲವಾರು ಜನರು ಈಗ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ಮಾರಾಟಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿರುವ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇವೆ. ಮುಂಬಯಿ, ಮದ್ರಾಸುಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವೃತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿರುವವರ ಕಾಲೋನಿಗಳೇ ಇವೆಯಂತೆ!

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂಥ ಅತ್ಯಂತ ಮಾನವೀಯ ಹಾಗೂ ಉಪಯುಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವೊಂದು ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಅಧೋಗತಿಯನ್ನು ತಲುಪಿರುವುದು ದುರದೃಷ್ಟಕರ ಸಂಗತಿ. ರಷ್ಯಾ, ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಸತ್ತವರ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ಕೂಡಲೇ ತೆಗೆದು, ಸರಿಹೊಂದುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ನಾಟಿ ಮಾಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ

ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಅದರಿಂದ ಈಗ ನಮ್ಮಲ್ಲುಂಟಾಗಿರುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಪದ್ಧತಿ ನಮ್ಮಲ್ಲೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದರೆ, ಈಗಿನ ಸಮಸ್ಯೆಯನ್ನು ಬಹಳ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಪರಿಹರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ತಗುಲುವ ವೆಚ್ಚದಲ್ಲೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಡಿತವಾಗುವುದರಿಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ.

ಸತ್ತವರ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಬಳಸಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಹಲವು ಸಮಸ್ಯೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿವೆ. ಮೊದಲನೆಯದು ಧಾರ್ಮಿಕವಾದುದ್ದು. ವ್ಯಕ್ತಿ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ಅವನ ಶವವನ್ನು ಅತ್ಯಂತ ಪೂಜ್ಯತೆ–ಗೌರದಿಂದ ಕಾಣಬೇಕು ; ಅದಕ್ಕೆ ಯಾವ ರೀತಿಯ ಊನವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿದರೆ ಅಗೌರವ ತೋರಿಸಿದಂತಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಭಾವನೆ ನಮ್ಮಲ್ಲಿದೆ. ಸತ್ತವರ ಕಣ್ಣು ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಹೃದಯ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನು ಸಾವಿನ ದವಡೆಯಲ್ಲಿರುವವರಿಗೆ ನಾಟಿ ಮಾಡಲು ಅನುವು ಮಾಡಿಕೊಡುವುದರಿಂದ ಸತ್ತವರಿಗೆ, ಇನ್ನೊಂದು ಜೀವವನ್ನು ಉಳಿಸಿದಷ್ಟು ಪುಣ್ಯ ಬರುತ್ತದೆಂಬ ಭಾವನೆ ನಮ್ಮ ಜನಸಾಮನ್ಯರಲ್ಲಿ ಮೂಡುವಂಥ ಪ್ರಚಾರಗಳಾಗ ಬೇಕಾಗಿದೆ. ಜೀವವಿದ್ದಾಗ ಲಕ್ಷಾಂತರ ರೂಪಾಯಿಗಳನ್ನು ದಾನ ಮಾಡುವುದಕ್ಕಿಂತಲೂ ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರೇಷ್ಠ ದಾನ ಇದೆಂಬುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ.

ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಎದುರಿತ್ತಿರುವ ಇನ್ನೊಂದು ಸಮಸ್ಯೆ ಕಾನೂನಿಗೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟಿದ್ದು. ಇದರಲ್ಲಿ ಕಾನೂನು ಪ್ರಕಾರ ಹಾಗೂ ವೈಜ್ಞಾನಿಕವಾಗಿ ಸಾವು ಯಾವಾಗ ಸಂಭವಿಸಿತ್ತೆಂಬುದನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವುದು. ಇದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಕಷ್ಟಕರವಾಗಿರುವುದೆಂದರೆ, ಸತ್ತವರ ಶರೀರದಿಂದ ಅವಯವಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಕಾನೂನಿನ ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲದಿರುವುದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಮಹಾರಾಷ್ಟ್ರ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೇ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕಾನೂನು ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ. ಕರ್ನಾಟಕದ ವಿಧಾನ ಸಭೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿದೇಯಕ ಅನುಮೋದನೆಯಾಗಿದ್ದರೂ ಕಾನೂನು ಈ ತನಕ ಜಾರಿಗೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಈ ತೊಡಕು ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಅವಯವವನ್ನು ಮರಣಾನಂತರ ದಾನ ಮಾಡುವ ಅಭಿಲಾಷೆ ಇರುವವರು ತಾವು ಜೀವಿಸಿರುವಾಗಲೇ ವಿಷಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಹತ್ತಿರದ ಸಂಬಂಧಿಗಳಿಗೆ ತಿಳಿಸುವುದಲ್ಲದೆ, ಲಿಖಿತ ದಾಖಲೆ ಮಾಡಿಟ್ಟಿರುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೆರಿಕಾಗಳಂತಹ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಈ ತರಹೆಯ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ

ಅವರು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಅಪಘಾತಗಳಲ್ಲಿ ಅಸುನೀಗಿದರೆ ವೈದ್ಯರು ಮುಂದಿನ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ವಾಹನ ಚಾಲಕರಿಗೆ ಚಾಲನೆಯ ಪರವಾನಿಗೆ ನೀಡುವಾಗಲೇ ಅಪಘಾತದಲ್ಲಿ ಅವರು ಸತ್ತರೆ, ಮತ್ತೆ ಯಾರ ಒಪ್ಪಿಗೆಗೂ ಕಾಯದೆ, ಅವಯವಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಬಹುದೆಂಬ ಕರಾರಿಗೆ ರುಜುಹಾಕಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರಂತೆ. ಅವರ ಪರವಾನಿಗೆಯ ಪುಸ್ತಕದಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ದಾಖಲೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ (ನಾವೀಗ ರಕ್ತದ ಗುಂಪನ್ನು ನಮೂದಿಸುವುದನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದೇವೆ!) ಫ್ರಾನ್ಸ್ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಹೆಜ್ಜೆ ಮುಂದೆ ಹೋಗಿ ವ್ಯಕ್ತಿ ಜೀವಂತವಿರುವಾಗ, ಸತ್ತ ನಂತರ ಅವನ ಅವಯವಗಳನ್ನು ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ತೆಗೆಯಬಾರದೆಂದು ಲಿಖಿತ ಮೂಲಕ ಅಸಮ್ಮತಿ ಸೂಚಿಸಿದ ದಾಖಲೆ ಇಟ್ಟುಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಅವನ ಅವಯವಗಳನ್ನು ದಾನಕ್ಕಾಗಿ ತೆಗೆಯುವುದು ನ್ಯಾಯ ಬಾಹಿರವಲ್ಲವೆಂದು ಸಾರಿದೆ!

ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ತ್ವರಿತ ಸಾರಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕವಿಲ್ಲದಿರುವುದೂ ಸಹಾ ದೊಡ್ಡ ಅಡಚಣೆಯೇ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ನಗರದಲ್ಲಿ ಅಪಘಾತಗಳಿಂದ ಸತ್ತವರ ಅವಯವವನ್ನು ತೆಗೆದು, ಅಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಅವಯವಗಳ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವ ಸೌಲಭ್ಯವಿದ್ದರೆ ಮಾತ್ರ ಇದನ್ನು ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಯಾವುದೋ ಒಂದು ಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ಅಪಘಾತಕ್ಕೀಡಾದವನೊಬ್ಬನ ಹೃದಯ ನ್ಯೂಯಾರ್ಕ್‌ನಲ್ಲಿ, ಯಕೃತ್ತು ವಾಷಿಂಗಟನ್‌ನಲ್ಲಿ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳೆರಡು ಲಾಸಾಆಂಜಲೀಸ್ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾಲಿಫೋರ್ನಿಯಾ ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾವಿನ ಅಂಚಿನಲ್ಲಿರುವ ನಾಲ್ವರನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದಕ್ಕಿಂತ ಸಾರ್ಥಕ ಸಾವು ಬೇರೊಂದಿರಲಾರದಲ್ಲವೆ?

ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರ ಭವಿಷ್ಯ ಜೀವನ

ಇನ್ನು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ನಾಟಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರ ಭವಿಷ್ಯ ಜೀವನದ ಬಗೆಗೆ ಒಂದೆರಡು ಮಾತು ಅವಶ್ಯಕವೆನಿಸದಿರಲಾರದು. ಭಾರತದಲ್ಲೂ ಜನಸಮೂದಾಯದ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ತರಗಳ ಜನಗಳಿಗೆ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಸಾಕಷ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ದಿನವಹಿ ಕಷ್ಟದ ಜೀವನ ನಡೆಸುವ ಶ್ರಮ ಜೀವಿಗಳಿಂದ ಹಿಡಿದು ರಾಜ್ಯದ ಆಡಳಿತದ ಗುರುತರ

ಜವಾಬ್ದಾರಿ ಹೊತ್ತಿರುವ ಮುಖ್ಯ ಮಂತ್ರಿಗಳಂತಹವರೂ ಸಹಾ ಈ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿದ್ದಾರೆ. ಅವರೆಲ್ಲರಿಗೂ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನ ಭಯ ನಿರಂತರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ರೋಗಿಯ ಶರೀರದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ನೆಲೆಯಾಗಿ ನಿಂತ ನಂತರ ಕ್ರಮೇಣ ಸ್ವಂತದ್ದೇ ಎನ್ನುವ ಹಾಗೆ ಸಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಬರು ಬರುತ್ತಾ ನಿರಾಕರಣ ನಿಗ್ರಹ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು ಅತ್ಯಂತ ಜಾಗರೂಕತೆಯ ಜೀವನ ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅವರ ಮೊದಲಿನ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ತಗುಲಿದ ವ್ಯಾಧಿ ನಾಟಿ ಹಾಕಿದ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಕ್ಕೂ ತಗುಲುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಕ್‌ರಲ್ಲಿ ಈ ಸಾಧ್ಯತೆ ಹೆಚ್ಚು. ಅವರು ಅದರ ಹತೋಟಿಯ ಬಗೆಗೆ ಬಹಳಷ್ಟು ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರು ಈಗ ೩೦ ವರ್ಷಗಳಿಗೂ ಮಿಕ್ಕಿ ಬದುಕಿದ್ದಾರೆ. ೧೯೫೪ರಲ್ಲಿ ಮೊದಲ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಮತ್ತು ದಾನ ಮಾಡಿದ ಇಬ್ಬರು ಅವಳಿ ಅಕ್ಕತಂಗಿಯರು ಈಗ ಅಜ್ಜಿಯರಾಗಿದ್ದಾರೆ. ಅವರಿಗೆ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮವನ್ನು ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲಾಗಿ ಜರುಗಿಸಿದ ಬೋಸ್ಟನ್‌ನ ಡಾ॥ ಜೋಸೆಫ್ ಮುರ್ರೆಯವರಿಗೆ ೧೯೯೦ರ ನೊಬೆಲ್ ಬಹುಮಾನ ದೊರೆತಿದೆ.

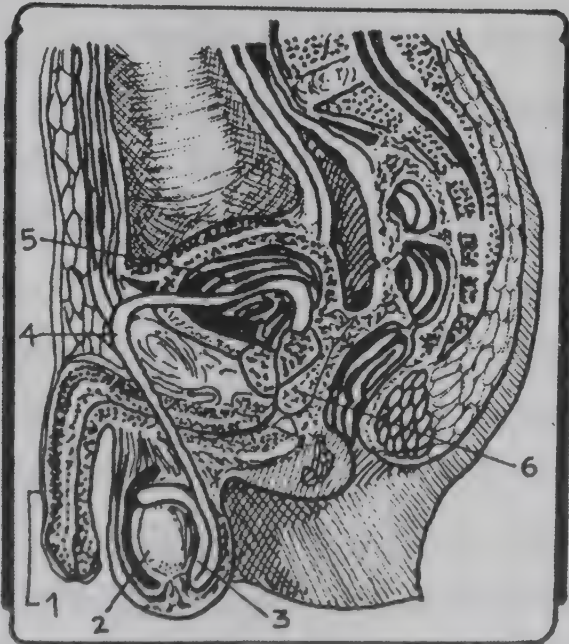
ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ಈಗ ಭದ್ರವಾಗಿ ನೆಲೆಯೂರಿ ನಿಂತಿದೆ. ಅದೀಗ ಕೆಲವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ದಿನ ನಿತ್ಯದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಂತಾಗಿದೆ. ಬೆಂಗಳೂರು ಸೇರಿದಂತೆ ಭಾರತದ ಹಲವಾರು ನಗರಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸೌಲಭ್ಯವಿದೆ. ಅಂದರೆ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿನ ಎಡರುತೊಡರುಗಳು ಮಾಯವಾಗಿವೆಯಂತಲ್ಲ. ಜನರಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ಅನುಮಾನಗಳು ನಿವಾರಣೆಯಾಗಬೇಕು. ಜೀವಿಸಿರುವಾಗ ಅಥವಾ ಸತ್ತ ನಂತರವಾದರೂ ತಮ್ಮ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳನ್ನು ದಾನಮಾಡುವ ಉದಾರತೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯಬೇಕು. ಕಾನೂನಿನ ತೊಡಕುಗಳು ಮಾಯವಾಗಬೇಕು. ಬಡಜನರೂ ಸಹಾ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವಷ್ಟು ಖರ್ಚು ಕಡಿಮೆಯಾಗಬೇಕು. ಈ ಬಗೆಗೆ ವ್ಯಾಪಕ ಪ್ರಚಾರದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಂತೂ ಇದ್ದೇ ಇದೆ.

* * * *

೨೫. ಜನನಾಗಂಗಳ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ತಮ್ಮ ಸಂತತಿಗಳನ್ನು ನಿರಂತರವಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗುವುದು ಎಲ್ಲಾ ಜೀವ–ಜಂತುಗಳ ಮೂಲ ಉದ್ದೇಶಗಳಲ್ಲೊಂದು. ಜೀವ ವಿಕಾಸದ ತೀರ ಕೆಳಮಟ್ಟದ ಜೀವಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದು ಏಕ–ಲಿಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆ, ಕೆಲವು ಜೀವಕೋಶಗಳ ಅವಿರತ ವಿಭಜನೆಯಿಂದಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮಾನವ ನಂತಹ ವಿಕಾಸದ ಪರಾಕಾಷ್ಠೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ವಿಭಿನ್ನ ಲಿಂಗದವರ ಸಮ್ಮಿಲನದಿಂದ ಮಾತ್ರ ಹೊಸ ಸಂತತಿಯೊಂದು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಬಲ್ಲುದು. ಅರ್ಥಾತ್ ಮಾನವರಲ್ಲಿ ಗಂಡು, ಹೆಣ್ಣುಗಳೆಂಬ ಎರಡು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ತಯಾರಾಗುವ ವೀರ್ಯಾಣು ಮತ್ತು ಅಂಡಾಣುಗಳು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಸಂಧಿಸಿ ಫಲಿತವಾಗಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಈ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಜನನಾಂಗಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ.

ಪುರುಷನ ಜನನಾಂಗಗಳು (ಚಿತ್ರ ೩.೨)



ಚಿತ್ರ ೩.೨. ಪುರುಷ ಜನನಾಂಗಳು. ೧. ಶಿಶ್ನ, ೨. ವೃಷಣ, ೩. ಎಪಿಡಿಡಿಮಸ್, ೪. ಮೂತ್ರಕೋಶ, ೫. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ

ಪುರುಷನ ಜನನಾಂಗಗಳನ್ನು ಬಾಹ್ಯ ಮತ್ತು ಒಳ ಜನನಾಂಗಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಆದರೆ ಇವೆರಡೂ ಒಂದೇ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯ, ಒಂದರಿಂದ ಒಂದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಗದಂತೆ ಹೆಣೆದುಕೊಂಡಿವೆ.

ವೃಷಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ : ಲೈಂಗಿಕ ಅಂಗಗಳೂ, ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲದ ಅವಯವಗಳಿಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೇ ಗೋಚರಿಸುವಂತಿದೆ. ಅವೆರಡೂ ಒಂದೇ ಅಂಗಾಂಶ ಮೂಲದಿಂದ ಚಿಗುರೊಡೆಯುತ್ತವೆ ಕೂಡ. ಭ್ರೂಣಾವಸ್ಥೆಯ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಅಂಕಣದ ಹಿಂಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉದರ–ಕೋಶದ ಹಿಂಬದಿಯ ಭಿತ್ತಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡೇ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡ ಮತ್ತು ವೃಷಣಗಳು ಚಿಗುರೊಡೆಯುತ್ತವೆ. ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಯಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ತಾಯಿಯ ರಕ್ತದಲ್ಲಿರುವ, ಭ್ರೂಣದಲ್ಲಿನ ಜನನ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸುವ ಗುಣವಿರುವ ಹ್ಯೂಮನ್ ಕೋರಿಯಾನಿಕ್ ಗೋನೋಡೋ–ಟ್ರೋಫಿನ್ (H.C.G) ಎಂಬ ಚೋದನಿ ವೃಷಣ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಬೆಳೆಯುತ್ತಿರುವ ಇತರ ಅವಯವಗಳ ಒತ್ತಡ, ವೃಷಣಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಗ್ಯುಬರ್‌ನ್ನಾಕ್ಯುಲಂ ಎಂಬ ನಿಲುಗಟ್ಟು, ವೃಷಣ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತವೆ. ಸುಮಾರು ಏಳು ತಿಂಗಳ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಅವು ಉದರ ಕೋಶದಿಂದ ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಎರಡು ತೊಡೆಗಳ ನಡುವಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಬಂದು ಸೇರುತ್ತವೆ. ನೂರರಲ್ಲೊಂದು ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿಯದೇ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೆ ಗೆಜ್ಜೆಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನಿಂತುಬಿಡುತ್ತವೆ. ಆನೆ ಮತ್ತು ತಿಮಿಂಗಿಲಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ವೃಷಣಗಳು ಖಾಯಂ ಆಗಿ ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ.

ವೃಷಣದ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಇತರ ಅವಯವಗಳ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಗಿಂತ ತುಂಬಾ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪ್ರಕೃತಿಯವು. ಹೆಚ್ಚು ಉಷ್ಣಾಂಶದ ಪರಿಸರ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಹಣೆಗೆ ಹಿತಕರವಲ್ಲವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆಯ ಶಾಖ, ಹೊರಗಡೆಗಿಂತ ೨°F ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳನ್ನು ಹೊರಗಿಡಿಸುವ ಪ್ರಕೃತಿಯ ಏರ್ಪಾಡು ಇದೆನ್ನಬಹುದು. ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿಯದವರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸಂತಾನಾಭಿವೃದ್ಧಿಯಲ್ಲಿ ವಿಫಲರಾಗುರುತ್ತಾರೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯಾಡದ ಬಿಗಿಯಾದ ಕಾಚಾಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವುದು ಕೆಲವು ಗಂಡಸರ ಬುರುಡುತನಕ್ಕೆ ಪೂರಕ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲೊಂದೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ.

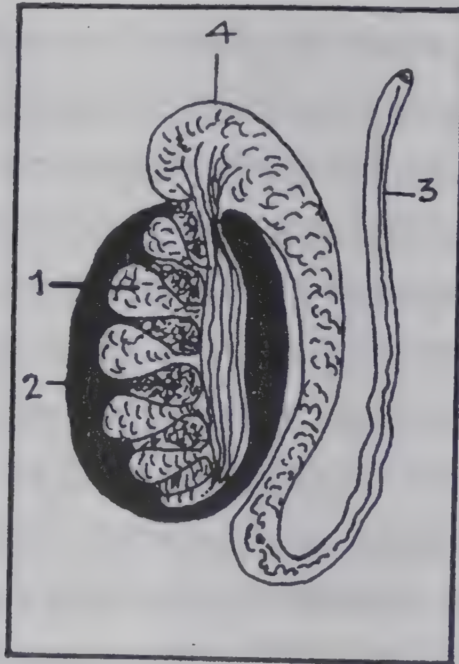
ವೃಷಣಗಳೇ ಪುರುಷರ ಪ್ರಧಾನ ಲೈಂಗಿಕ ಅವಯವಗಳು. ಶಿಶ್ನದ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿಳಿದ ವೃಷಣಗಳು ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ಒಂದರ ಪಕ್ಕದಲ್ಲೊಂದು ನೆಲೆಯಾಗಿವೆ. ಅವು ಒಂದೂವರೆ ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿದ್ದು ಅಂಡಾಕಾರವನ್ನು ತಾಳಿವೆ. ನಾರುಗಟ್ಟಿದ ಬಿಗಿಯಾದ ಪೊರೆ ವೃಷಣಗಳನ್ನಾವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಇದಲ್ಲದೆ ವೃಷಣದ ಮುಂಭಾಗದ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ಪಕ್ಕಗಳಲ್ಲಿ ಉದರ ಕೋಶದಿಂದ ವೃಷಣ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವಾಗ ಎಳೆದು ತಂದ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯ ಪೊಳ್ಳುಚೀಲದ ಹಾಸು ಇದೆ. ಅವುಗಳ ಎರಡು ಪದರಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಸಾರಿ ಅವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಅಂತಃಸ್ಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡು ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು (ಹೈಡ್ರೋಸೀಲ್) ಎಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಅಂತಃಸ್ಥ ಜಾಗವು ಅದೇ ರೀತಿ ಉದರ ಕೋಶದವರೆವಿಗೂ ನೀರು ತುಂಬಿಕೊಂಡು ಮುಂದುವರೆಯಬಹುದು.

ಉದರ ಕೋಶದಿಂದ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆ ವೃಷಣದ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತಿತರ ನಿಲುಗಟ್ಟುಗಳು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಮೇಲು ಭಾಗದ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ಸಂದು ಸಹಾ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವಿಸ್ತೃತವಾಗಿ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ವೃಷಣದ ಚೀಲದವರೆಗೂ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬರುವುದುಂಟು. ಇದನ್ನು ಅಂಡವಾಯು ಅಥವಾ ಹರ್ನಿಯವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವೃಷಣದ ಒಳಭಾಗ ಮೃದುವಾದ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ಅದರೊಳಗೆ ೨೫೦ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ಅಡ್ಡ ಪರೆಗಳಿಂದ ತ್ರಿಕೋಣಾಕಾರದ ಅಂಕಣಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಒಂದೊಂದು ಅಂಕಣದಲ್ಲೂ ಸುಮಾರು ಎರಡು ಅಡಿಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದದ, ಕಿರಿದಾದ, ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿ ಪ್ರಸರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಕಿರಿಯ ರೇತುನಾಳ (ಸೆಮಿನಿಫೆರಸ್ ಟ್ಯೂಬ್ಯೂಲ್ಸ್)ಗಳಿವೆ. ಈ ರೇತುನಾಳಗಳ ಒಳಗಡೆಯ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಒಂದುಗೂಡಿ ೧೦-೧೨ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಿರಿದಾದ ರೇತುನಾಳಗಳಾಗಿ ವೃಷಣದಿಂದ ಹೊರಬರುತ್ತವೆ. ವೃಷಣ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಿಂಬದಿಯಲ್ಲಿ ಸುರುಳಿ ಸುರುಳಿಯಾಗಿ ಒಂದುಗೂಡಿ ಮುದ್ದೆಯಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಎಪಿಡಿಡಿಮಸ್ (Epididymis) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಸುರುಳಿಯಾಗಿರುವ ಒಂದೊಂದು ನಾಳವೂ ಸುಮಾರು ೨೦ ಅಡಿಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇವೆಲ್ಲಾ ಮತ್ತೆ ಒಟ್ಟು ಸೇರಿ ಒಂದೇ ರೇತುನಾಳ ಅಥವಾ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳ (Vas Diffrens)ವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಒಂದು ಉಡಿದಾರದಷ್ಟು ದಪ್ಪ ಮತ್ತು ಹದಿನೆಂಟು

ಅಂಗುಲಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದವಿರುವ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳ, ಎಪಿಡಿಡಿಮಸ್‌ನಿಂದ ಆರಂಭವಾಗಿ, ವೃಷಣದ ನಿಲುಗಟ್ಟು ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳೊಡಗೂಡಿ ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಪ್ರವಹಿಸಿ ಮೂತ್ರನಾಳ ಆರಂಭವಾಗುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಮೂತ್ರನಾಳದಲ್ಲಿ ಬಾಯ್ದೆರೆಯುತ್ತವೆ. ಸಂಭೋಗ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೃಷಣದಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಲಕ್ಷಾಂತರ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ವಾಹಕ ನಾಳ ಇದಾಗಿರುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೩೩)

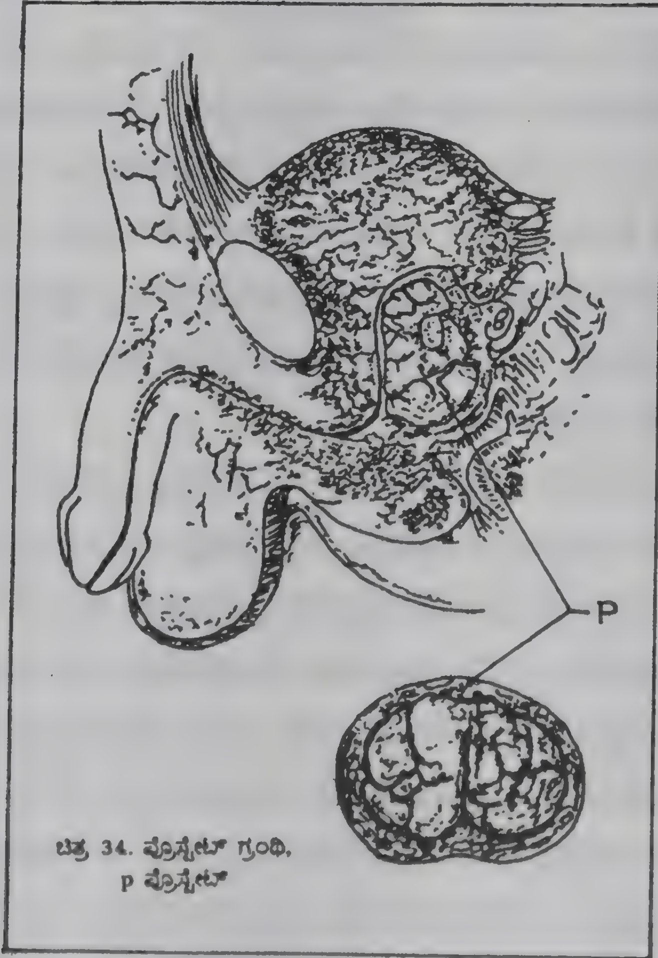
ಪುರುಷತ್ವ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುವ ಚೋದನಿಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯೂ ವೃಷಣದಲ್ಲೇ ಆಗುತ್ತದೆ. ತ್ರಿಕೋಣಾಕಾರದ ಅಂಕಣಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಸೆಮಿನಿಫೆರಸ್ ಕಿರುನಾಳಗಳ ಅಂತರದ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಲೇಡಿಗ್ ಜೀವಕೋಶ (Leydig Cells) ಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಚೋದನಿಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಯಾವ ನಾಳಗಳ ಸಹಾಯವೂ ಇಲ್ಲದೆ ನೇರವಾಗಿ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹಕ್ಕೆ ಈ ಚೋದನಿಗಳು ಹೀರಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಆದುದರಂದ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಸಂತಾನ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದಾಗ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ಮುಂದುವರಿದ ಚಲನೆಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಹೊರತು, ಪುರುಷತ್ವ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುವ ಚೋದನಿಗಳ ಹೀರುವಿಕೆಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. (ಚಿತ್ರ ೩೩)



ಚಿತ್ರ ೩೩ ವೃಷಣದ ಅಂಗರಚನೆ
೧. ಸೆಮಿನಿ ಫೆರಸ್ ಟ್ಯೂಬ್ಯೂಲ್ಸ್, ೨. ಲೇಡಿಗ್ ಸೆಲ್ಸ್, ೩. ವ್ಯಾಸನಾಳ

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ :

ನೆಟ್ಟಗರುಳು ಮತ್ತು ಗುದನಾಳದ ಮುಂದುಗಡೆ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಕೆಳಗೆ, ಮೂತ್ರನಾಳ ಆರಂಭವಾಗುವೆಡೆಯಲ್ಲಿ ಸುತ್ತಲೂ ಅದನ್ನಾವರಿಸಿಕೊಂಡು ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ. ಸಾಮಾನ್ಯರ ಅಂದಾಜಿಗೆ ನಿಲುಕಲಾರದು. (ಚಿತ್ರ ೩೪) ತ್ರಿಕೋಣಾಕೃತ್ಯಿ ಕಂದು ಬಣ್ಣದ ಈ ಗ್ರಂಥಿ ಮೂರು ಹಾಲೆಗಳಿಂದಾಗಿದೆ. ತನ್ನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ೨೦ ಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ತೂಕವಿರುವ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ಹಲವಾರು ಸಣ್ಣ – ಸಣ್ಣ ಸ್ನಾಯು–ತಂತು ಮಿಶ್ರಿತ ಕಿರುಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಕೂಡಿದೆ. ವೃಷಣದಿಂದ ಬರುವ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳ ಮತ್ತಿತರ ರಸಗ್ರಂಥಿಗಳ ನಾಳಗಳು (Seminal Vesicles) ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಮೂಲಕವೇ ಮೂತ್ರನಾಳವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಈ ಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಲೋಳೆಯಂತಹ ದ್ರವ ಸಂಭೋಗ ಸಮಯದ ಸ್ಖಲನದಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿಗೆ ಬರುವ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ



ಚಿತ್ರ ೩೪. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ, P ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್

ಜೊತೆಗೂಡಿ ಪತ್ನಿಯ ಯೋನಿಯೊಳಗಡೆ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೊರಗೆ ಸ್ಖಲನವಾಗುವ ವೀರ್ಯದಲ್ಲಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಪಾಲು ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ರಸವೇ ಆಗಿದ್ದು ಅದು ವೀರ್ಯಾಣುಗಳ ಪೋಷಣೆಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

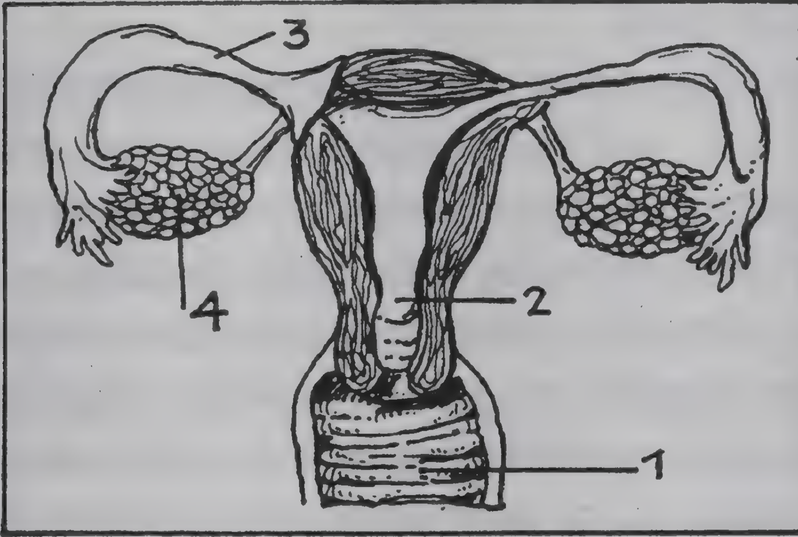
ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಕಾರ್ಯ ಚಟುವಟಿಕೆ ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಪುಲ್ಲಿಂಗಕಾರಿ ಚೋದನಿ (Testosterone) ಯಿಂದ ಪ್ರಚೋದಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಸ್ತ್ರೀಲಿಂಗಕಾರಿ – ಬೆದೆಜನಕ (Oestrogen) ಚೋದನಿಯ ಪ್ರಮಾಣ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತೆ. ಈ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೇ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಮೂತ್ರ – ಕೋಶದಿಂದ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಕೊಂಡೊಯ್ಯುವ ಮೂತ್ರನಾಳವು ಸುಮಾರು ಎಂಟು ಅಂಗಲಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿದ್ದು ಶಿಶ್ನದ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಶಿಶ್ನಮಣಿಯ (Glans Penis) ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಕೊನೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯ ತುದಿಯ ದ್ವಾರ ಕೆಲಸಾರಿ ಬಹಳ ಕಿರಿದಾಗಿ (Meatal Stenosis) ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗುವುದುಂಟು. ಅದೇ ರೀತಿ ಶಿಶ್ನಮಣಿಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಮುಂದೊಗಲಿನ ದ್ವಾರ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಿರಿದಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. (ಫೈಮೋಸಿಸ್). ಇದರಿಂದ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೂ ಅಡಚಣೆಯಾಗಬಹುದಲ್ಲದೆ, ಸಂಭೋಗಕ್ಕೂ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ಪರಿಪಾಟ ಕೆಲವು ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಮತೀಯ ಸಂಸ್ಕಾರವಾಗಿ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಸ್ತ್ರೀ ಜನನಾಂಗಗಳು (ಚಿತ್ರ ೩೫)

ಪುರುಷರ ಜನನಾಂಗಗಳಂತೆ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲೂ ಬಾಹ್ಯ ಮತ್ತು ಒಳ ಜನನಾಂಗಗಳೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲೇ ಸ್ಥಾಪನೆಯಾಗಿವೆ. ಪುರುಷರ ಪ್ರಧಾನ ಲೈಂಗಿಕ ಅಂಗವಾದ ವೃಷಣಕ್ಕೆ ಸರಿಸಮಾನದ ಸ್ತ್ರೀಯ ಅವಯವ ಅಂಡಾಶಯಗಳು, ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿವೆ. ಅವು ಗರ್ಭಕೋಶದಿಂದ ಸ್ವಲ್ಪ ದೂರದಲ್ಲಿರುವುದಾದರೂ ಅಗಲವಾದ ತಂತುಕಟ್ಟಿನ ಮೂಲಕ ಅದಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿವೆ. ಪುರುಷನ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳಿಗೆ ಪರ್ಯಾಯವಾಗುವ ಅಂಡಾಣುಗಳು ಸ್ತ್ರೀಯ ಅಂಡಾಶಯದಲ್ಲಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಕೋಟಿಗಟ್ಟಲೆ ಸೃಷ್ಟಿಯಾದರೆ ಅಂಡಾಶಯದಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿ ಒಂದೇ ಅಂಡಾಣು ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಿ ಹೊರಬರುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ತಿಂಗಳಿಗೊಂದು

ಸಾರಿ ಅಂಡಾಶಯದಿಂದ ಹೊರಬಿದ್ದು ಡಿಂಭನಾಳದ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಪ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯ ಲೈಂಗಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುವ ಚೋದನಿಗಳು ಅಂಡಾಶಯದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸಿ ರಕ್ತಗತವಾಗುತ್ತವೆ.



ಚಿತ್ರ ೩೫. ಸ್ತ್ರೀ ಜನನಾಂಗಗಳು. ೧. ಯೋನಿ, ೨. ಗರ್ಭಕೋಶ, ೩. ಫೆಲೋಪಿಯನ್, ೪. ಅಂಡಾಶಯ

ಗರ್ಭಕೋಶ :

ಮೂರು ಪದರಗಳ ದಪ್ಪಭಿತ್ತಿಯ ಗರ್ಭಕೋಶ ತಲೆಕೆಳಗಾದ ಪೇರಲೆ ಹಣ್ಣಿನ ಆಕಾರ (Pear Shaped)ದ್ದಾಗಿದ್ದು ವಸ್ತಿಕುಹರದ ನಡುವೆ ನೆಲೆಯಾಗಿದೆ. ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಮಾರು ಮೂರು ಅಂಗುಲ ಉದ್ದ ಮತ್ತು ಎರಡು ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಅಗಲವಾಗಿರುವ ಈ ಅವಯವ, ಈ ಅಳತೆಗಳ ಆರರಷ್ಟು ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಮುಂಡ, ದೇಹ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಕಂಠಗಳೆಂಬ ಮೂರು ಭಾಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಬಹುದು. ಅದರ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಮುಂಡವನ್ನು ಹೊರತುಪಡಿಸಿದರೆ ಅದರ ದೇಹ ೨ ಅಂಗುಲ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಕಂಠ ಒಂದು ಅಂಗುಲದಷ್ಟಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂಡದ ಕೆಳಗೆ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲಿ ಡಿಂಭನಾಳಗಳು (Fllopian Tubes) ಉದ್ಭವಿಸಿ, ಅಂಡಾಶಯಗಳತ್ತ ಚಾಚುತ್ತವೆ. ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕೆಳಗಿನ ಗರ್ಭಕಂಠ ಯೋನಿಯ ಮೇಲ್ಭಾಗಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿದೆ. ಗರ್ಭಕಂಠದಿಂದ ಗುದ ಮುಂದಾಣದ ಕಡೆ ಇಳಿದು ಬಾಯಿ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು ೫–೬ ಅಂಗುಲದಷ್ಟು ಉದ್ದವಿರುವ ಯೋನಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಭೋಗ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪುರುಷನ ಶಿಶ್ನದಿಂದ ವಿಸರ್ಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ವೀರ್ಯವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತದೆ.

ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ಅಲ್ಲಿಂದ ಗರ್ಭಕಂಠದ ಮೂಲಕ ಗರ್ಭಕೋಶದತ್ತ ಸಾಗಿ, ಮುಂದೆ ಡಿಂಭನಾಳದಲ್ಲಿರುವ ಅಂಡಾಣುವನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೇವಲ ಒಂದು ವೀರ್ಯಾಣು ಅದನ್ನು ಫಲಿತಗೊಳಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಫಲಿತಗೊಂಡ ಅಂಡಾಣು ಮತ್ತೆ ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಬಂದು ಮುಂದೆ ಭ್ರೂಣವಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುತ್ತದೆ.

ಜನನಾಂಗಗಳು ಇರುವ ಪ್ರದೇಶ ಅದರಲ್ಲೂ ಪುರುಷರ ಗೆಜ್ಜೆ, ಬಾಹ್ಯ ಜನನಾಂಗಗಳ ಜಾಗ, ಗುದಮುಂದಾಣಗಳು ಶರೀರದ ಮರ್ಮಸ್ಥಾನಗಳಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ, ಆಯಕಟ್ಟಿನ ಪ್ರದೇಶಗಳೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು. ಈ ಕಿರು ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲೇ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ, ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು, ಹರ್ನಿಯ, ಶಿಶ್ನದ ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು ಗಳಂತಹ ಪ್ರಮುಖ ವ್ಯಾಧಿಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ವ್ಯಕ್ತಿಯ ರಹಸ್ಯ ಸ್ಥಾನವೆಂಬ ತಪ್ಪು ಗ್ರಹಿಕೆಯಿಂದ ಅವನೂ ಇಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಉದಾಸೀನ ಅಥವಾ ಅಂಜಿಕೆಯ ಮನೋಭಾವ ತಾಳುವುದುಂಟು. ಪೋಷಕರು ಅಥವಾ ವೈದ್ಯರು ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡ ಬಯಸಿದಾಗಲೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಅವುಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಲು ಒಪ್ಪುವವರೂ ವಿರಳ. ಶಾಲಾ ಕಾಲೇಜುಗಳ ಮಾಮೂಲು ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮರ್ಮಸ್ಥಾನವನ್ನು ತೋರಿಸಲು ನಾಚಿಕೆ ಪಟ್ಟು ಬಹಳಷ್ಟು ಜನ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ತಪ್ಪಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದಿನ ಅಧ್ಯಾಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರದೇಶದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳು ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದರೆ ಅವುಗಳ ಬಗೆಗೆ ನಾವೆಷ್ಟು ಕಾಳಜಿವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗುತ್ತದೆ.

* * * *

೨೬. ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ

ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಯದಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ.

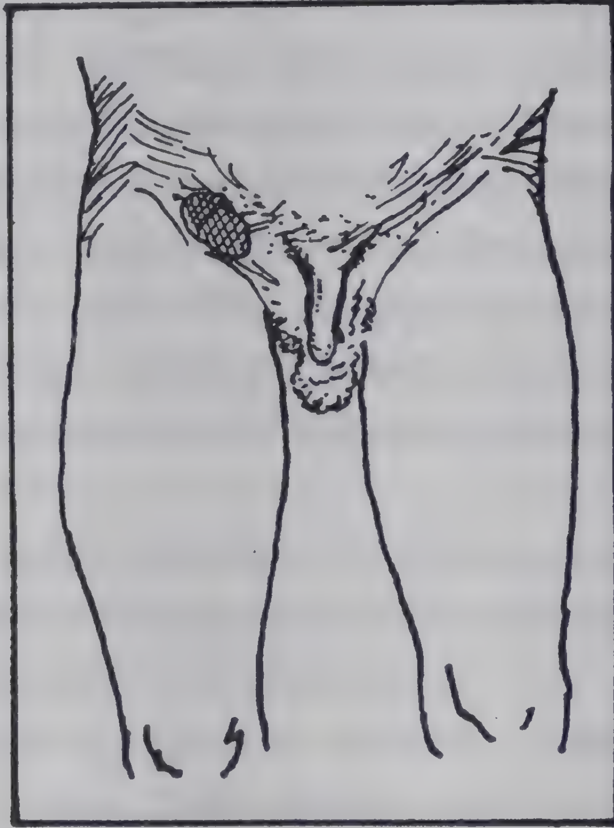
ಭ್ರೂಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲೇ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿದು ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲಲು ಚೋದನಿಯ ಪ್ರಚೋದನೆ, ನಿಲುಗಟ್ಟಿನ ಎಳೆತ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಪ್ರಭಾವಗಳಿರುವುದಾದರೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅವು ಕೆಳಗೆ ಬರುವುದೇ ಇಲ್ಲ. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅವು ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡರೆ ಮತ್ತೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳ ಇಲ್ಲವೇ ಅದರ ಸನಿಹದಲ್ಲಿ ಬಂದು ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ವೃಷಣಗಳ ಇಳಿತಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆ ಹೇಗೆ ಆಗುತ್ತವೆನ್ನುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಸರಿಯಾದ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಿಲ್ಲ. ಚೋದನಿಗಳ ಕೊರತೆಯನ್ನು ಕೆಲವರು ದೂರಿದರೆ, ಅವು ಕೆಳಗೆ ಇಳಿದು ಬರುವ ದಾರಿಯಲ್ಲಿ 'ಯಾಂತ್ರಿಕ' ತೊಂದರೆಗಳಿರಬಹುದೆಂಬ ಸಂಶಯ ಕೆಲವರಲ್ಲಿದೆ.

ಜನಿಸುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೧–೪ರಷ್ಟು ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿದಿರಲಾರವು. ಒಂದು ವರ್ಷ ತುಂಬುವುದರೊಳಗೆ ಮೂರನೆ ಒಂದರಷ್ಟು ಕೆಳಗಿಳಿಯುತ್ತವೆ. ಹದಿ ಹರಯದ ಸಮಯಕ್ಕೆ ಶೇ. ಒಂದರಷ್ಟು ಇನ್ನೂ ಕೆಳಗಿಳಿಯದಿರಬಹುದು. ಎರಡನೆಯ ಮಹಾಯುದ್ಧದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸೈನ್ಯಕ್ಕೆ ಸೇರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ದೈಹಿಕ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸಿದ ಅಮೆರಿಕಾದ ಹತ್ತುಸಾವಿರ ಯುವಕರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೦.೮ರಷ್ಟು ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿಯದಿದ್ದದ್ದು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿತ್ತು. ಇಂಥವರ ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟು ಮಂದಿಯ ಪೂರ್ವಿಕರಲ್ಲಿ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇದ್ದುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳು ದೊರೆತಿದ್ದವು !

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ವಿಧಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ತನ್ನ ಊರ್ಧ್ವಮುಖ ಪ್ರಯಾಣದ ಮಾರ್ಗದಲ್ಲೇ ಒಂದು ಕಡೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ ನಿಂತು ಬಿಡುವ – "ನಿಜವಾಗಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ"

(Undescended Testis) ಒಂದು ವಿಧ. ತನ್ನ ಸಹಜ ಮಾರ್ಗವಾದ ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳದ ಮೂಲಕ ಪ್ರಯಾಣಿಸಿ ಹೊರಬಂದಿದ್ದರೂ ವೃಷಣ ಚೀಲವನ್ನು ತಲುಪುವುದರಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದ – "ಎಡೆಬಿಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ ವೃಷಣ" (Ectopic Testis) ಇನ್ನೊಂದು ವಿಧ. ಅಂತಹವು ಕೆಲವು ಸಾರಿ ಗುಂಜೆಲವು (Publis) ಗುದ ಮುಂದಾಣ, ಗೆಜ್ಜೆಯ ಹೊರಮಡಿಲು (Superficial Inguinal Pouch) ಹಾಗೂ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರಬಹುದು. ಅವುಗಳನ್ನು ಹುಡುಕಿ ಗುರುತಿಸುವುದೂ ಕಷ್ಟವಾಗಬಹುದು. (ಚಿತ್ರ ೩೬)



ಚಿತ್ರ ೩೬. ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ

ಈ ಎರಡು ವಿಧಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಚೀಲದಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದ ವೃಷಣಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಅಲ್ಲಿಂದ ನಾಪತ್ತೆಯಾಗುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಿದೆ. ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಚಳಿ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಕೆಲವು ಬಾಲಕರ ವೃಷಣಗಳು ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳಗಳಿಗೆ ಹಿಂದೆ ಸರಿದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ – "ಒಳ ಸೆಳೆಕೊಳ್ಳುವ ವೃಷಣ" (Retractile Testis) ಹೀಗಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲಿನ ಎರಡು ವಿಧಗಳಿಂದ ಇದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವುದು ಅವಶ್ಯಕ. ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ಈ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಲೇ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅವನ್ನು ಕೈಬೆರಳುಗಳಿಂದ ವೃಷಣ ಚೀಲದ ತಳದವರೆಗೂ ಎಳೆದು ತಂದು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅಂತಹವನ್ನು ಎಲ್ಲಾ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಅಲ್ಲಿ ಹಿಡಿದು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ಸಾದ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೂ ೧೩–೧೪ ವರ್ಷಗಳೊಳಗೆ ಅವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿ ನಿಲ್ಲುತ್ತವೆ. ಒಳ ಸೆಳಕೊಳ್ಳುವ ವೃಷಣಗಳಿಗೆ ಬೇರಿನ್ನಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೂ ಮಾಡಬೇಕಾಗಿಲ್ಲ.

ವೃಷಣಗಳು ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ವಿಫಲತೆ ಶೇ. ೫೦ರಷ್ಟು ಬಲಭಾಗದಲ್ಲೂ, ೩೦ರಷ್ಟು ಎಡಭಾಗದಲ್ಲೂ ಇನ್ನುಳಿದ ೨೦ರಷ್ಟು ಎರಡೂ ಕಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಇರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಕೆಳಗಿಳಿಯದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನ ಪ್ರಾಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿ, ವೃಷಣ ಚೀಲ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗದೇ ಇರುವುದರಿಂದ ಅದರ ಅಸ್ತಿತ್ವ ಗಮನಕ್ಕೇ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಒಂದೇ ಕಡೆ ಕೆಳಗಿಳಿದವರಲ್ಲಿ ಆ ಕಡೆಯ ವೃಷಣ ಚೀಲ ಎದ್ದು ಕಾಣಿಸುವಂತಿದ್ದರೆ, ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆಯದು ಬಚ್ಚಿ ಹೋಗಿರುತ್ತದೆ. ಎಡೆಬಿಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವವನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅವು ನೆಲೆಯಾಗುವ ಕಡೆ ಪ್ರಯಾಸದಿಂದ ಹುಡುಕಿ ಗುರುತಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿರುವವನ್ನು ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ಶೇ. ೧೫–೨೦ರಷ್ಟು ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆಯೇ ಇರುತ್ತವೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ.

ಪರಿಣಾಮಗಳು

ಕೆಳಗಿಳಿಯದೆ ಗೆಜ್ಜೆ, ತೊಡೆ, ಗುದ ಮುಂದಾಣಗಳಂಥ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿ ನಿಂತ ವೃಷಣಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬಾಹ್ಯ ಆಘಾತಗಳಿಗೆ ಸಿಕ್ಕಿ ನೋವು ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ಉರಿಯೂತಕ್ಕೊಗಾಗಬಹದು ; ಕ್ರಮೇಣ ನಶಿಸಿ ಹೋಗಲೂ ಬಹುದು. ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳದಲ್ಲಿರುವವೂ ಸಹಾ ಅಪಘಾತಗಳಿಗೆ ಸಿಗಬಹುದಲ್ಲದೆ, ಅತ್ತಿಂದತ್ತ ಸುಲಭವಾಗಿ ಚಲಿಸಬಹುದಾದುದರಿಂದ ತಮ್ಮ ಕಕ್ಷಿಯ ವಿರುದ್ಧ ತಿರುವಿಕೊಂಡು ವಿಪರೀತ ನೋವು (Torsion) ಮತ್ತು ಉರಿಯೂತ ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಅಂತಹವನ್ನು ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ತೆಗೆಯದಿದ್ದರೆ ಕೊಳೆತು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಕಿಗೆಡೆಮಾಡುತ್ತವೆ.

ವೃಷಣ ಕೆಳಗಿಳಿಯದವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನವರು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಫಲರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಎರಡೂ ಕಡೆ ಇಳಿಯದವರ ಪೈಕಿ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗ, ಒಂದೇ ಕಡೆ ಇಳಿದಿರುವವರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಜನ ಬರಡಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಕೆಳಗಿಳಿಯದವನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿದಷ್ಟೂ ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಫಲತೆಯುಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚುತ್ತವೆ.

ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳಿಗೊದಗುವ ಪ್ರಮುಖ ಅಪಾಯವೆಂದರೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ. ಇತರರಿಗಿಂತ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಆರುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿಯೇ ಉಳಿದು ಕೊಂಡವುಗಳಲ್ಲಿ ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ವೃಷಣಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುತ್ತದೆ. ಒಂದೇ ಕಡೆ ಕೆಳಗಿಳಿದವರ, ಇನ್ನೊಂದು ಕೆಳಗಳಿಯದ ವೃಷಣದಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚು. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕೆಗಿಳಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ವೃಷಣಗಳೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಹೊರತಾಗುತ್ತವೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹತ್ತುವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿಗಿಂತ ಮೊದಲೇ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆ ಕಡಿಮೆಯೆನ್ನಬಹುದು. ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆಯಿಂದ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿದ ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಆಗಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ವೃಷಣಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಅವು ಕೆಳಗಿಳಿಯುವುದರಲ್ಲಿ ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಜನಿಸಿದ ನಂತರವೂ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ನೀಡಿ ಅವನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬಹುದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಮೊದಲು ಇವುಗಳ ಪ್ರಯೋಗದ ಬಗೆಗೆ ತಜ್ಞರಲ್ಲೂ ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗಳಿವೆ. ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನ ಬಾಲಕರಿಗೆ ಈ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದನ್ನು ಕೆಲವರು ಒಪ್ಪುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ವೃಷಣಗಳು ನೀಡಿದ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳ ಥಟ್ಟನೆ ಕೆಳಗಿಳಿದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಹೊರಗೆ ಗೋಚರವಾಗದಿದ್ದವೂ, ಕಾಣಿಸುವಷ್ಟು ಹೊರಗೆ ಬಂದಿರುವುದೂ ಉಂಟು. ಹ್ಯೂಮನ್ ಕೋರಿಯಾನಿಕ್ ಗೋನೋಡೋ ಟ್ರೋಫಿಕ್ ಚೋದನಿಯನ್ನು (H.C.G) ವಾರದಲ್ಲಿ ಎರಡು ಸಾರಿಯಂತೆ ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳು ನೀಡಿ, ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡು ನಂತರ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿಯೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ವಯಸ್ಸಿನ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲು ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿದ್ದವು. ಹದಿ ಹರಯದ ವಯಸ್ಸು (೧೩–೧೪ ವರ್ಷ) ಆರಂಭವಾಗುವುದರೊಳಗೇ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಕೆಳಗೆ ಇಳಿಸಬೇಕೆಂಬ ಹಿಂದೆ ಇದ್ದ ಅಭಿಪ್ರಾಯ, ನಂತರ ೭ ರಿಂದ ೧೦ ವರ್ಷಗಳೊಳಗೇ ಮಾಡಬೇಕೆಂದಾಯಿತು. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಮಗುವಿನ ಎರಡನೇ ವರ್ಷ ಮುಗಿಯುವುದರೊಳಗೇ ವೃಷಣಗಳನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸಲು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ಸ್ಪಷ್ಟಾಭಿಪ್ರಾಯ ಮೂಡಿಬಂದಿದೆ. ಮಗುವಿನ ಮೂರನೇ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ವೃಷಣದ ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುತ್ತವೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಅಷ್ಟರೊಳಗೇ ವೃಷಣಗಳು ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರುವಂತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಮುಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಬರಡುತನ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಗಳೆರಡನ್ನು ಇದರಿಂದ ನಿವಾರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ಬಹುಪಾಲು ವೃಷಣಗಳನ್ನು ಒಂದೇ ಹಂತದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ತಂದು ನೆಲೆಯೂರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಎರಡು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗಬಹುದು. ವೃಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಕೆಲವು ನಿಲುವುಗಟ್ಟುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬರುವಷ್ಟು ಉದ್ದವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಲಾರವಾದ್ದರಿಂದ ಈ ಕ್ರಮ ಅಗತ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವೃಷಣ ಚೀಲದ ಮೇಲ್ಭಾಗ ಇಲ್ಲವೆ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿದ ವೃಷಣವನ್ನು ಇರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದಿನ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಅದನ್ನು ಬಿಡಿಸಿ ವೃಷಣ ಚೀಲದ ತಳಕ್ಕೆ ತಂದು ನೆಲೆ ಮಾಡಿ ನಿಲ್ಲಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.

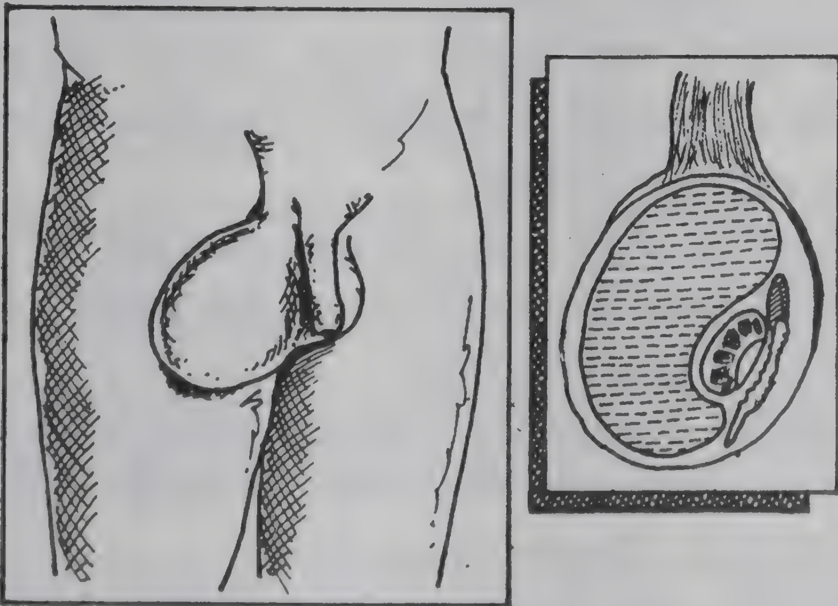
ಹರಯದ ವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿದ ವೃಷಣಗಳ ಪ್ರಯೋಜನಕ್ಕಿಂತ ಅಪಾಯವೇ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿರುವುದರಿಂದ, ಅವನ್ನು ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಕೆಳಗಿಳಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದುಹಾಕುವುದೇ ಕ್ಷೇಮಕರ ಎನ್ನುವುದು ಈಗ ಬಹುಜನ ತಜ್ಞರ ಅಭಿಮತ. ಎರಡೂ ವೃಷಣಗಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಒಳಗಡೆಯೇ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿದ್ದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ಕೆಳಗಿಳಿಸಿ ಅವನನ್ನು ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಪರಿಶೀಲಿಸಬಹುದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಅಂತಹವರು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾಗಬಹುದಾದರೂ, ಪುಲ್ಲಿಂಗಕಾರಿ ಚೋದನಿಗಳ ಉತ್ಪಾದನೆಗೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಬಹುದು.

ಅತ್ಯಂತ ಸರಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಂತೆ ಭಾಸವಾಗಬಹುದಾದ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣದಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಅದೆಷ್ಟು ಭೀಕರ ! ಮಗು ಜನಿಸುವಾಗಲೇ ಸೂಲಗಿತ್ತಿ ಮತ್ತಿತರ ಸಹಾಯಕರು ಈ ಬಗೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸುವಂತೆ ಅವರಲ್ಲಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಬೇಕು. ಮಗುವನ್ನು ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿಸುವ ತಾಯಿ ಮತ್ತಿತರ ಸಂಬಂಧಿಗಳು ಈ ಬಗೆಗೆ ಗಮನಹರಿಸದಿರುವುದು ಹಲವು ವರ್ಷಗಳಾದ ನಂತರ ಆಶ್ಚರ್ಯ ಪಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವಂತಹ ನಿದರ್ಶನಗಳೆಷ್ಟೋ ! ಎಳೆಯ ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿಯಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಿಸುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರು ಈ ಕಡೆಗೂ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕು. ಶಾಲಾ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳನ್ನು ಮಾಮೂಲಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ವೈದ್ಯರು ಅವರ ಜನನಾಂಗಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಬೇಕು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಆಗಲೇ ತಡವಾಗಿದ್ದರೂ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳೆನಿಸಿದ ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ, ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು, ಹರ್ನಿಯ, ಶಿಶ್ನದ ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು (ಫೈಮೋಸಿಸ್)ಗಳಂತಹ ಹಲವಾರು ನ್ಯೂನತೆಗಳನ್ನು ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಬಹುದು. ಅವರು ದೊಡ್ಡವರಾದ ಮೇಲೆ ಎದುರಿಸಬೇಕಾದ ಗಂಭೀರ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಿಗೆ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

* * * *

೨೭. ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು

ಭ್ರೂಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಉದರಕೋಶದ ಹಿಂಬದಿಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಚಿಗುರೊಡೆದು ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವ ವೃಷಣವು ಕೆಳಗಡೆಯ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಇಳಿದು ಬರುವಾಗ, ಅದರ ಮುಂದಿರುವ ಹೊರಬಿಗಿಪರೆಯ (Peritonium) ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನು ತನ್ನ ಜೊತೆಯಲ್ಲೇ ಕೆಳಗಿಳಿಸಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತದೆ ; ಲಾಳಿಕೆ ಅಕಾರದ, ಎರಡು ಪದರಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಪರೆಯು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಮೂಲಕ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕಿಳಿದು, ವೃಷಣದ ಮುಕ್ಕಾಲು ಭಾಗ ಎರಡೂ ಪಕ್ಕ ಮತ್ತು ಮುಂಭಾಗವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅದರ ಎರಡೂ ಪದರಗಳ ನಡುವೆ ಅಂತಃಸ್ಥ ಜಾಗವಿದ್ದು ಅದರಲ್ಲಿ ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ದ್ರವ ವೃಷಣಕ್ಕೆ ರಕ್ಷಣೆಯೊದಗಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲಸಾರಿ ವ್ಯಾಧಿಗ್ರಸ್ತವಾಗಿ ಅದರ ಅಂತಸ್ಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ೪–೫ ಲೀಟರ್‌ನಷ್ಟು ಸ್ನಿಗ್ಧ ದ್ರವ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ – "ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು" (ಹೈಡ್ರೋಸೀಲ್) ಎಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೩೭)



ಚಿತ್ರ ೩೭. ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು

ಕಾರಣಗಳು

ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು ಎಲ್ಲಾ ರಾಷ್ಟ್ರದ, ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನ ಜನರಲ್ಲೂ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದಾದರೂ ಆಫ್ರಿಕಾ, ಭಾರತದಂತಹ ಉಷ್ಣವಲಯದ ಪ್ರದೇಶಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವು ಕಾರಣಗಳಿರುವುದಾದರೂ, ಈ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿರುವ ಫೈಲೇರಿಯಾ ರೋಗದ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದಲೇ ಉದ್ಭವಿಸುವವೇ ಹೆಚ್ಚು. ಯುವಕರು ಮತ್ತು ನಡು ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು.

ವೃಷಣದ ಬಹುಪಾಲು ಭಾಗವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಹೊರ ಬಿಗಿಪರೆಯ ಅಂತಸ್ಥ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಉಂಟಾಗುವ ಉರಿಯೂತವೇ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣ. ವೃಷಣಕ್ಕೆ ತಗುಲುವ ಕ್ಷಯ, ಸಿಫಿಲಿಸ್ ನಂತಹ ಗುಹ್ಯ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ನೀರ್ಬಾವು ಪ್ರಮುಖವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಿದಾಗಲೂ ಅನುಷಂಗಿಕವಾಗಿ, ಪದರಗಳ ನಡುವೆ ದ್ರವ ಸ್ರವಿಸಿ ನೀರ್ಬಾವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದುಂಟು, ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಗೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳು ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಲಭ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ನೀರ್ಬಾವುಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ.

ಫೈಲೇರಿಯಾ ರೋಗದ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಪರೋಪಜೀವಿಗಳು ವೃಷಣದಿಂದ ಹೊರಹೋಗುವ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡು ತಡೆಯುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅದರಿಂದ ಹಿಂದೆ ಸರಿದ ಹಾಲ್ರಸ ಮತ್ತಿತರ ದ್ರವಗಳು ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ ನೀರ್ಬಾವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾರಣದಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ನೀರ್ಬಾವುಗಳೇ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತವೆ.

ಉದರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ, ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆ ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗ (ಜಲೋದರ) ಅದು ವೃಷಣ ಕೋಶಕ್ಕೂ ಇಳಿದು – ಸಂಜಾತ ನೀರ್ಬಾವು ಎನಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಗೆಜ್ಜೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿದು ಬಂದ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯ ಒಂದು ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡು "ಕೋಶಾವರಣ ನೀರ್ಬಾವು" ಎಂಬ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. (Encysted Hydrocele).

ಹೃದಯ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಜನಕಾಂಗಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯಿಂದ ಮೈಯೊಳಗೆ ನೀರು ಸೇರಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ವೃಷಣದಲ್ಲೂ ನೀರು ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿ

ನೀರ್ಬಾವು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ.

ಜನನ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೃಷಣ ಮತ್ತು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಒತ್ತಡದಿಂದ ಘರ್ಷಣೆಯುಂಟಾದಾಗಲೂ, ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸಾರಿ ನೀರ್ಬಾವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಫೈಲೇರಿಯಾ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ನೀರ್ಬಾವುಗಳನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಿದರೆ, ಬಹುಪಾಲು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳಿಗೆ ನಿಖರವಾದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವೃಷಣದ ಸುತ್ತಲಿನ ಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಪದರಗಳ ನಡುವೆ ನೀರಿನಂಥ ದ್ರವ ಸೇರಿಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ವೃಷಣಕೋಶ ನೀರ್ಬಾವು" (Vaginal Hydrocele) ಎಂಬ ಹೆಸರಿದೆ. ಕೋಶ ನೀರಿನಿಂದ ಹಿಗ್ಗಿದಂತೆಲ್ಲಾ ವೃಷಣದ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗಿ ಅದು ಗಾತ್ರದಲ್ಲೂ ಕಿರಿದಾಗಿ ಕಾರ್ಯದಕ್ಷತೆಯಲ್ಲೂ ಕುಂದುಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಹೊರಗಿನ ಘರ್ಷಣೆ ಅಥವಾ ತೀವ್ರಗತಿಯ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದುಂಟಾಗುವ ನೀರ್ಬಾವುಗಳ ಊತ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ವಿಪರೀತ ಬೇನೆಯುನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ನಿಧಾನಗತಿಯಲ್ಲಿ ದ್ರವಶೇಖರಣೆಯಾಗುವ ನಿಡುಗಾಲದ ನೀರ್ಬಾವುಗಳಲ್ಲಿ (Chronic Hydrocele) ನೋವು ಅಷ್ಟಾಗಿ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಊತದಿಂದ ಮೇಲಿನ ಚರ್ಮ ಬಿರಿಯುವುದರಿಂದ ಅದರಲ್ಲಿ ಹೊಳಪು ಕಾಣಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕ ಲಿಂಬೇ ಹಣ್ಣಿನಿಂದ ಹಿಡಿದು ದೊಡ್ಡ ಕಲ್ಲಂಗಡಿ ಹಣ್ಣಿನಷ್ಟು ಹಿರಿದಾದ ಊತ ನೀರ್ಬಾವುಗಳಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದು. ಫೈಲೇರಿಯಾದಿಂದುಂಟಾಗುವ ನೀರ್ಬಾವು ತನ್ನ ಬೃಹತ್ ಗಾತ್ರದಿಂದ ರೋಗಿಯ ಚಲನವಲನಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಿ ಹಾಸಿಗೆ ಹಿಡಿಯುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ, ಸಂಭೋಗ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಗೂ ಅಡಚಣೆಯುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು.

ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು ಮೊಳೆಯುನ್ನು ಮೇಲು ಮಾಡಿ ಹಿಡಿದ ಬುಗುರಿಯಂತೆ, ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಿ ನೇತಾಡುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಮೇಲ್ಭಾಗವನ್ನು ಹೆಬ್ಬೆರಳು ಮತ್ತು ತೋರು ಬೆರಳುಗಳಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಒತ್ತಿ ಹಿಡಿದು

ವೃಷಣ ಚೀಲದ ಇತರ ಭಾಗಗಳನ್ನು ನೀರ್ಬಾವಿನಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಬಲವಾಗಿ ಒತ್ತಿದಾಗ ನೀರು ತುಂಬಿದ ಬಲೂನಿನಲ್ಲಾಗುವಂತೆ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಗುಳಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ನೀರ್ಬಾವಿನ ಒಂದು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಟಾರ್ಚ್ ಲೈಟಿನಿಂದ ಬೆಳಕನ್ನು ಹಾಯಿಸಿದರೆ ಅದರ ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ ಬೆಳಗುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಉದರಕೋಶದೊಳಗಡೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುವ ನೀರ್ಬಾವು ಇರುವವರನ್ನು ಮಲಗಿಸಿದಾಕ್ಷಣ, ನೀರು ಹಿಂದೆ ಸರಿದು ನೀರ್ಬಾವು ಮಾಯವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಕೋಶಾವರಣಗೊಂಡ ನೀರ್ಬಾವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪಮಟ್ಟಿಗೆ ಮೇಲೆ ಕೆಳಗೆ ಚಲಿಸಬಹುದಾದರೂ ಅದು ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಚಲಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು.

ಗೆಜ್ಜೆ ಮತ್ತು ವೃಷಣ ಚೀಲಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಹರ್ನಿಯ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವನ್ನು ಹೊರತು ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹರ್ನಿಯವನ್ನು ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಆಗುವಂತೆ ನೀರ್ಬಾವುಗಳನ್ನು ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಕ್ಷಯ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂತಹ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಂದಲೂ ಅದನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ರಭಸದ ಬಾಹ್ಯ ಘರ್ಷಣೆಯಿಂದ ನೀರ್ಬಾವು ಒಡೆದು ಕೊಳ್ಳುವುದು ಸಾಧ್ಯವಿದೆ. ಅದರೊಳಗೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಲೂ ಬಹುದು. ಬಹಳ ಕಾಲದ ನೀರ್ಬಾವುಗಳ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಸುಣ್ಣಗಟ್ಟುವುದು ಸಾಧ್ಯ. (Calcification).

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು :

ನವಜಾತ ಶಿಶುಗಳು ಮತ್ತು ತೀರಾ ಎಳೆಯ ಮಕ್ಕಳ ನೀರ್ಬಾವುಗಳಿಗೆ ತಕ್ಷಣ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಅವು ಬತ್ತಿ ಕಿರಿದಾಗದೆ, ಹಿರಿದಾಗುತ್ತಲೇ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದರೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನಳವಡಿಸಿಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲಿಗೆ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಸೂಜಿಯ ಮುಖಾಂತರ ನೀರನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ಬಿಡುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬಹುದು. ಫಲಪ್ರದವಾಗದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲೂ ಸೂಜಿಯಿಂದ ನೀರನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆಯಬಹುದಾದರೂ ಬಹಳ ದಿನಗಳಿಂದಿರುವ ನೀರ್ಬಾವುಗಳ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹೀಗೆ ದ್ರವವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದ ನಂತರ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ

ಕೆರಳಿಕೆಯ ಗುಣವಿರುವ ಕೆಲವು ತೆರನ ರಸಾಯನಿಕ ದ್ರಾವಣಗಳನ್ನು ಒಳಗೆ ಸೇರಿಸುವುದರಿಂದ, ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಜಡ್ಡುಗಟ್ಟುವಿಕೆಯಿಂದ, ಪದರಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತಸ್ಥ ಕೋಶ ಬತ್ತಿ ಹೋಗಿ, ಮತ್ತೆ ಅಲ್ಲಿ ನೀರು ಸೇರಲಾರದು.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕ್ರಮಗಳಿಗಿಂತ ನೀರ್ಬಾವಿನ ಕೋಶದ ಹೊರಪರೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ದ್ರವವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಬಿಟ್ಟು, ಪದರವನ್ನು "ಒಳ-ಹೊರಗು" ಮಾಡಿ ಹೊಲಿಯುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ನೀರ್ಬಾವುಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಪದರದ ಬಹು ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನೀರ್ಬಾವಿನ ಹೊರ ಪರೆಯಲ್ಲಿ ಕಿಟಕಿಯಂತಹ ಸ್ವಲ್ಪ ಹಿರಿದಾದ ರಂಧ್ರವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ಮೂಲಕ ಹೊರ ಬರುವ ದ್ರವವು ಚರ್ಮದ ಒಳಪರೆಯ ಮೂಲಕ ಸತತವಾಗಿ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಲೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುತ್ತವೆಂಬ ವರದಿಗಳಿವೆ.

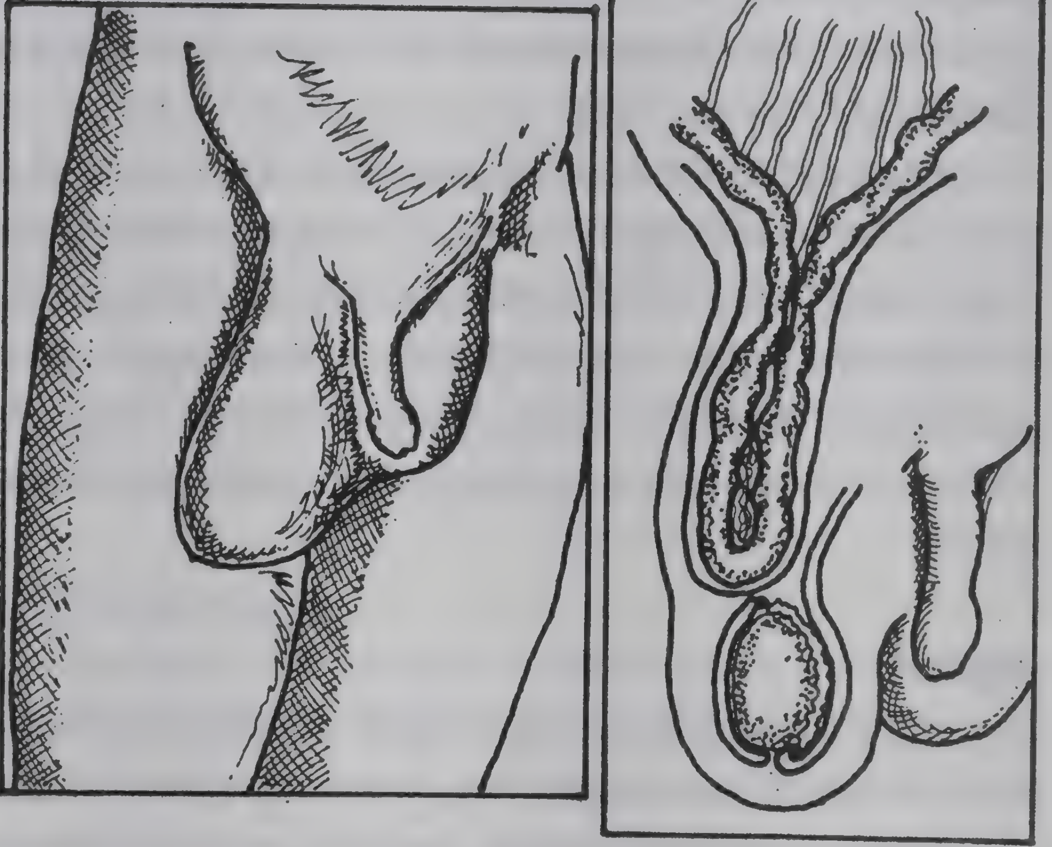
* * * *

೨೮. ಹರ್ನಿಯ

ದೇಹದೊಳಗಿರುವ ಯಾವುದೇ ಅವಯವ ಅದರ ನಿಯಮಿತ ಆವರಣದಿಂದ, ಸುತ್ತಲ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಅಥವಾ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಉಂಟಾದ ಛಿದ್ರದ ಮೂಲಕ ಹೊರಚಾಚುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಹರ್ನಿಯ" ಅಥವಾ ಅಂಡವಾಯು ಎನ್ನಲಾಗ್ತತದೆ. ಉದರಕೋಶದಲ್ಲಿರುವ ಅವಯವಗಳೇ ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅದರ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಾದ ತೂತುಗಳ ಮೂಲಕ ಹೊರಬರುವುದನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಜಠರ, ಕರುಳು, ನೆಣಮಾಲೆ ಮುಂತಾದವು ಬಹುಪಾಲು ಹರ್ನಿಯಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಸುಮಾರು ೨೦ ವಿಧದ ಹರ್ನಿಯಗಳ ವಿವರಣೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಗ್ರಂಥಗಳಲ್ಲಿ ನಮೂದಾಗಿರಬಹುದಾದರೂ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಕೆಳಭಾಗದ ಗೆಜ್ಜೆಯ ಸಂದುಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುವ ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯಗಳದ್ದೇ ಸಿಂಹಪಾಲು – ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು. ಆ ಜಾಗದ ಸ್ವಲ್ಪ ಒಳಬದಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುವ ಫೆಮೊರಲ್ ಹರ್ನಿಯದ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೬ರಷ್ಟು, ಹೊಕ್ಕಳ ಹರ್ನಿಯ, ಎಪಿಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಕ್ ಹರ್ನಿಯ ಮತ್ತು ಆಪರೇಷನ್ ಕಲೆಯ ಹರ್ನಿಯಗಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮುಂದುಗಡೆಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಇತರ ಹರ್ನಿಯಗಳು.

ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯ

ಭ್ರೂಣಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ವೃಷಣಗಳು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಮುಖಾಂತರ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವುದರ ಸಲುವಾಗಿ ಆ ಪ್ರದೇಶದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಕಿರಿದಾದ ಛಿದ್ರ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ತಳದಲ್ಲಿ ಆರಂಭವಾಗುವ ಈ ತೂತದಿಂದ ಗೆಜ್ಜೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದವರೆಗೂ ಒಂದು ಕೊಳವೆಯೋಪಾದಿಯ ಅಂತಸ್ಥ ಜಾಗ (ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಕೆನಾಲ್) ಏರ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ವೃಷಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತು ಇತರ ನಿಲುಗಟ್ಟುಗಳು ಒಂದು ದಿಂಡಿನಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಈ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕೆಳಗಿಳಿದಿರುತ್ತವೆ. ವೃಷಣದ ಜೊತೆ ಕೆಳಗಿಳಿದ ಹೊರಬಿಗಿ ಪರೆಯ ಲಾಳಿಕೆಯಾಕಾರದ ಎರಡು ಪದರದ ಕೋಶವೂ ಇದರ ಮುಖಾಂತರ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕಿಳಿದಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪದರಗಳ ಮೂಲಕ ನೆಣಮಾಲೆ,



ಚಿತ್ರ ೩೮. ಹರ್ನಿಯ

ಕರುಳು ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ವೃಣಕ್ಕೆ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಇಳಿಯುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯವೆನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅದು ಜನನಾರಭ್ಯಹದ್ದರೆ, ಹೆಚ್ಚಿನವರಲ್ಲಿ ವಯಸ್ಸಾದ ನಂತರ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೩೮)

ಭಾರ ಎತ್ತುವುದು, ಅತಿಯಾದ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಕೆಮ್ಮು ಉಬ್ಬಸಗಳಿಂದ ಬಹಳ ಕಾಲ ನರಳುವುದು, ಮಲಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗಳಿಗೆ ಕಷ್ಟವಾಗಿ, ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿ ತಿಣುಕುವಂತಾಗುವುದು, ಮುಂತಾದ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿರುವ ಕರುಳು ನೆಣಮಾಲೆಯಂತಹ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಗೆಜ್ಜೆಯ ನಾಳದ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಛಿದ್ರದ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗೆ ತಳ್ಳಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅವು ಗೆಜ್ಜೆಯ ಕೊಳವೆಯ ದ್ವಾರವನ್ನು ವಿಸ್ತೃತಗೊಳಿಸುತ್ತಾ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೆ ಇಳಿಯಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಬಡಕಲು ಶರೀರದವರ ಮತ್ತು ವಯಸ್ಸಾದವರ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳು ದುರ್ಬಲವಾಗುವುದು ಸಹಾ ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು. ಶೇ. ೮೦ರಷ್ಟು

ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯಗಳು ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲೂ ಅವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದುಂಟು. ಅದೇ ರೀತಿ ಶ್ರಮಪಡದ ಸೋಮಾರಿಗಳನ್ನು ಅವು ಬಿಟ್ಟಿಲ್ಲ.

ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯಗಳಲ್ಲೂ ನೇರವಾಗಿ ಕೆಳಗಿಳಿಯುವ ಡೈರೆಕ್ಟ್ ಹರ್ನಿಯ ಮತ್ತು ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ಇಳಿಯುವ ಇಂಡೈರೆಕ್ಟ್ ಹರ್ನಿಯಗಳೆಂಬ ಎರಡು ವಿಧಗಳಿವೆ. ಮೊದಲನೆಯದು ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾದ ಗಂಡಸರನ್ನು ಬಾಧಿಸಿದರೆ ಎರಡನೆಯದು ಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಪರೋಕ್ಷ ಇಂಗ್ವಯನಲ್ ಹರ್ನಿಯಾ ಇಪ್ಪತ್ತು ಪಟ್ಟು ಗಂಡಸರಲ್ಲೇ ಜಾಸ್ತಿ. ಎಲ್ಲಾ ನಮೂನೆಯ ಹರ್ನಿಯಗಳ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲೂ ಅವುಗಳದೇ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪಾಲು.

ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಗೆಜ್ಜೆಯ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಗುಳ್ಳೆ ಬಂದಂತೆ ಊತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಮೊದಲ ಚಿಹ್ನೆ. ನಿಂತಾಗ ಊತ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ; ಮಲಗಿದಾಕ್ಷಣ ಊತ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ, ಇಲ್ಲವೆ ಪೂರ್ತಿ ಮಾಯಾವಾಗುತ್ತದೆ. ಊತ ಕ್ರಮೇಣ ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತ ಮುಂದೆ ವೃಷಣ ಚೀಲಕ್ಕೂ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತದೆ. ದರ ಚೀಲದೊಳಗಡೆ ನೆಣಮಾಲೆ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಂತೆಲ್ಲಾ ಹರ್ನಿಯದ ಗಾತ್ರವೂ ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ನಡೆದಾಡುವುದಕ್ಕೂ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳ ಭಾರದಿಂದ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಜಗ್ಗಿದಂತಾಗಿ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಆರಂಭದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಅವುಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಹಿಂದೆ ತಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಬರುಬರುತ್ತಾ ಅವನ್ನು ಹಿಂದೆ ಸರಿಸುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ; ಇಲ್ಲವೆ, ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕರುಳು ಮತ್ತು ನೆಣಮಾಲೆ ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಂದೆರಡು ಸುತ್ತು ಹಾಕಿಕೊಂಡು, ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಕಿವುಚಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. (Strangulation). ಮುಂದಿರುವ ಕರುಳಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನೂ ಅಮುಕಿದಂತಾಗಿ ಆ ಭಾಗದ ಕರುಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸಂಚಾರ ನಿಂತು ಹೋಗುತ್ತದೆ ಅದರಿಂದ ಕೆಳಗಿನ ನೆಣಮಾಲೆ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ವಿಪರೀತ ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ; ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವಿಪರೀತ ನೋವು ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನೊಳಗಿರುವ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕು ಮುಂದೆ ಸಾಗದೆ ಕರುಳು ತಡೆಯುಂಟಾಗಿ

ವಾಂತಿಯೂ ಆಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿದ ೬-೮ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ಸೂಕ್ತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿ ತಿರುವಿ, ಹಿಚುಕಿದ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಬಿಡಿಸಿ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಮಾಡದಿದ್ದರೆ, ಅವು ಕೊಳೆತು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಈ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯ ಉಂಟಾಗಲೂ ಬಹುದು. ಅಂತಹವರಿಗೆ ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆಯಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ತಿರುವಿನಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡ ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕು ; ಕೊಳೆತು ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಭಾಗದ ಕರುಳಿನ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನೇ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಹರ್ನಿಯದ ಊತವನ್ನು ಉಜ್ಜಿ ಬಲಾತ್ಕಾರವಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ನೂಕುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಅಪಾಯಕಾರಿ.

ಫೆಮೊರಲ್ ಹರ್ನಿಯ

ಕಾಲುಗಳಿಗೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜು ಮಾಡುವ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಒಳಗಡೆಯಿಂದ ತೊಡೆಯ ಒಳಭಾಗದ ಸಂದಿನಲ್ಲೇ ಹಾದು ಹೋಗುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳ ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಅಂತಸ್ಥ ಜಾಗವಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಕರುಳು ಅಥವಾ ನೆಣಮಾಲೆಗಳು ಭಾಗಶಃ ಈ ಛಿದ್ರದ ಮೂಲಕ ಕೆಳಗಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ಫೆಮೊರಲ್ ಹರ್ನಿಯ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಗಂಡಸರಿಗಿಂತ ಹೆಂಗಸರಲ್ಲೇ ಇದು ಮೂರು ಪಾಲು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಗೆಜ್ಜೆ ಮತ್ತು ತೊಡೆಯ ಒಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಗುಳ್ಳೆಯಂತೆ ಕಾಣಿಸಬಹುದಾದ ಈ ತೆರನ ಹರ್ನಿಯಾದ ಪತ್ತೆ ಅಷ್ಟೇನೂ ಸುಲಭವಲ್ಲ. ಕರುಳು ಅಥವಾ ನೆಣಮಾಲೆಗಳ ಒಂದು ಭಾಗ ಈ ಹರ್ನಿಯಾದವರಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಳ್ಳುವ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರ ಹರ್ನಿಯಾಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು. ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಬಾಧೆಯಿಂದ ರೋಗಿ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರ ಗಮನ ಆ ಕಡೆ ಸೆಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಸಮಯವರಿತ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಇವನ್ನು ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು.

ಹೊಕ್ಕಳ ಹರ್ನಿಯ

ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳ ಹೊಕ್ಕಳ ಕಲೆಯ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ದುರ್ಬಲವಾಗುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲೊಂದು ಛಿದ್ರ ಉಂಟಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ದುರ್ಬಲ ತಾಣದಲ್ಲಿ ಕರುಳು, ನೆಣಮಾಲೆಗಳು ನುಸುಳಿಕೊಂಡು ಹರ್ನಿಯ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆ. ಮಕ್ಕಳು ಅತ್ತಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಆ ಜಾಗ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದನ್ನು

ನೋಡಬಹುದು. ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾದಾಗ ತಂದೆ-ತಾಯಿಯರು ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಆತಂಕಗೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ. ಆದರೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಮಗುವಿಗೆ ಒಂದೆರಡು ವರ್ಷಗಳಾಗುವುದರಲ್ಲೇ ತಾವಾಗಿಯೇ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಊದಿಕೊಂಡ ಜಾಗವನ್ನು ಒಳಗೆ ಸರಿಸಿ, ಅಗಲವಾದ ನಾಣ್ಯವನ್ನು ಒತ್ತಿ ಹಿಡಿದು, ಪ್ಲಾಸ್ಟರ್ ಅಂಟಿಸಿ ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳು ಇಡುವುದರಿಂದಲೂ, ಅವು ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವು ಎರಡು ಮೂರು ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮುಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೆಚ್ಚು ಬೊಜ್ಜು, ಬೆಳೆದ ಹೆಂಗಸರಲ್ಲೂ ಹೊಕ್ಕಳ ಪ್ರದೇಶದ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿ ಸಡಿಲವಾಗಿ ಹರ್ನಿಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅವು ಬೃಹತ್ ಗಾತ್ರವನ್ನು ತಾಳಬಹುದು. ಕರುಳು, ನೆಣಮಾಲೆಗಳು ಸಿಕ್ಕಿಹಾಕಿಕೊಂಡು ಕರುಳು ತಡೆಯಂತಹ ತೊಡಕುಗಳನ್ನೂ ಉಂಟುಮಾಡಬಹುದು. ಅವುಗಳಿಗೂ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಒಟ್ಟು ಹರ್ನಿಯಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಕ್ಕಳ ಹರ್ನಿಯಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೩ರಷ್ಟು ಮಾತ್ರ.

ಎಪಿಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಕ್ ಹರ್ನಿಯ

ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶ (ಎದೆಗೂಡಿನ ಕೆಳಗೆ, ಹೊಕ್ಕಳದವರೆಗಿನ ಜಾಗ)ದಲ್ಲಿನ ಸ್ನಾಯುಗಳನ್ನು ಆಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಛಿದ್ರ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಈ ಜಾಗದ ನಡುವಿನಲ್ಲೆ ಕಡಲೇ ಕಾಳಿನ ಗಾತ್ರದ ಊತ ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಇರುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಜಠರದ ನೆಣಮಾಲೆ ಈ ಛಿದ್ರವಿರುವ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಜಠರ, ನೆಣಮಾಲೆ, ಕೆಲಸಾರಿ ಕರುಳೂ ಸಹ ಈ ಛಿದ್ರದಲ್ಲಿ ಹರ್ನಿಯಾವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಊತ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು, ಈ ಹರ್ನಿಯಗಳ ಮೊದಲ ಚಿಹ್ನೆ. ಜಠರದ ನೆಣಮಾಲೆ ಛಿದ್ರಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಾಗ ಜಠರದ ಚಲನೆಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ಜೀರ್ಣಕ ಹುಣ್ಣುಗಳ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು. ಜಠರದಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ತುಂಬಿಕೊಂಡು ಕೆಳಗೆ ಜಗ್ಗಿದಾಗ ನೋವು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ವಾಂತಿಯೂ ಆಗುವುದುಂಟು.

ಪದೇ ಪದೇ ತೊಂದರೆ ಕೊಡುವ ಇಂತಹ ಹರ್ನಿಯವನ್ನು, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆದು ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ನೆಣಮಾಲೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಬಿಡಿಸಿ, ಛಿದ್ರವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಆಪರೇಷನ್ ಕಲೆ ಹರ್ನಿಯ : ಉದರಕೋಶದ ಅವಯವಗಳ ವ್ಯಾಧಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಾಗಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕಲೆಯಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಗಾಯವಾಸಿಯಾಗುವ ಹಂತದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು, ಕೆಮ್ಮು, ದಮ್ಮುಗಳಿದ್ದರೆ, ಆ ಗಾಯದ ಜಾಗ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಕರುಳು, ನೆಣವಾಲೆಗಳು ನುಸುಳಿಕೊಂಡು ಹೊರಚಾಚಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಸ್ತ್ರೀಯರಲ್ಲೇ ಈ ತರಹೆಯ ಹರ್ನಿಯ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಸಾಮಾನ್ಯ. ಈ ವಿಧದ ಹರ್ನಿಯ ಉದ್ಭವವಾಗಬಹುದಾದ ಅನುಮಾನವಿರಬಹುದಾದವರು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ಬಲವರ್ಧನೆಗಾಗಿ ವ್ಯಾಯಾಮಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದನ್ನು ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಬೇಕು. ಶುರುವಿನಿಂದಲೇ ಆ ಜಾಗಕ್ಕೆ ಸರಿಹೊಂದುವಂತಹ ಬೆಲ್ಟು, (Belt) ಇಲ್ಲವೆ ಅಗಲವಾದ ಬಟ್ಟೆಯ ಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಧರಿಸುವ ಅಭ್ಯಾಸಮಾಡಿದರೆ ಇಂತಹ ಹರ್ನಿಯಗಳು ಉಂಟಾಗದಂತೆ ತಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಅವುಗಳ ಗಾತ್ರ ಹಿರಿದಾಗುವುದನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬಹುದು. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಯಾವುದೇ ತರಹೆಯ ಹರ್ನಿಯವಾದರೂ ಅದೊಂದು ನಿಖರವಾದ ಗಾತ್ರಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾದವರು ಇಲ್ಲವೆ ಗಂಭೀರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಂದ ದೈಹಿಕವಾಗಿ ನಿತ್ರಾಣವಾಗಿರುವವರಿಗೆ ಕೆಲವು ವಿಧದ ಬೆಲ್ಟ್ 'ಟ್ರಸ್' (Truss)ಗಳನ್ನು ಧರಿಸುವ ಸಲಹೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಹೊರಗೆ ಬಂದಿರಬಹುದಾದ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಹಿಂದೆ ತಳ್ಳಿ, ಬೆಲ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಮೊದಲೇ ಅಳವಡಿಸಿರುವ ಚೆಂಡಿನಂತಹ ಮುದ್ದೆ, ಛಿದ್ರವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುವ ಹಾಗೆ ಧರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಎದ್ದು ತಿರುಗಾಡುವಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಇದನ್ನು ಧರಿಸಿಕೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹರ್ನಿಯಗಳ ಛಿದ್ರಗಳಿಂದ ಹೊರಗೆ ಬಂದಿರುವ ಕರುಳು ನೆಣವಾಲೆಯಂತಹ ಅವಯವಗಳು ಎಂದಾದರೂ ತಿರುವಿಕೊಂಡು ಗಂಭೀರ ರೀತಿಯ ತೊಡಕನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಹರ್ನಿಯಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗೆ ಉದಾಸೀನ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಒಳ್ಳೆಯದಲ್ಲ. ಇಂತಹವರಿಗೆ

ಯಾವ ಸಮಯ, ಯಾವ ಊರಿನಲ್ಲಿ ಈ ತರಹೆಯ ತೊಡುಕು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಯಾರೂ ಊಹಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವನ ಆರೋಗ್ಯ ಒಳ್ಳೆಯ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರದೆ, ತಕ್ಷಣ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸ ಬಹುದಾದ ಸೌಕರ್ಯಗಳಿಲ್ಲದೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಹರ್ನಿಯದೊಳಗಿನ ಕರುಳು ತಿರುವಿಕೊಂಡರೆ ಮುಂದೇನಾಗುತ್ತದೆಂಬುದನ್ನು ಹೇಳಲಾಗದು. ಆದುದರಿಂದ ಹರ್ನಿಯಗಳನ್ನು ನಿರ್ಲಕ್ಷಿಸದೆ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಯಂತೆ ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ದುರಸ್ತಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಯಾವುದೇ ವಿಧದ ಹರ್ನಿಯ ಇರುವವರನ್ನು ದೈಹಿಕ ಶ್ರಮ ಮತ್ತು ಜವಾಬ್ದಾರಿಯುತ ಹುದ್ದೆಗಳಿಗೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹವರ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದೇ ಇಂಥ ಅನರ್ಹತೆಗೆ ಕಾರಣ. ಆದರಿಂದ ಹರ್ನಿಯ ಸೂಚನೆ ಕಂಡಾಗಲೇ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅವರ ಉದ್ಯೋಗಾವಕಾಶಗಳು ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಹರ್ನಿಯ ಕಾಯಿಲೆಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಈಗ ಎಲ್ಲಾ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಹರ್ನಿಯವಿರುವ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ತಕ್ಕುದಾದ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ನೀಡುವರು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಆ ಜಾಗವನ್ನು ಪದರ ಪದರಗಳಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ಬಿಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಹರ್ನಿಯದ ಚೀಲವನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ, ಅದನ್ನು ತೆರೆದು ಅದರೊಳಗಿರಬಹುದಾದ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಒಳಗ ತಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ಚೀಲದ ಕಂಠವನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಕಟ್ಟಿ, ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಚೀಲದ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವರು. ಹರ್ನಿಯ ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸಿದಂತೆ ಅದು ಹೊರಗೆ ಬಂದ, ಇಲ್ಲವೆ ಕೆಳಗೆ ಇಳಿದ ದ್ವಾರವನ್ನು ಭದ್ರವಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿ ಹೊಲಿಯುತ್ತಾರೆ. ದ್ವಾರ ಬಹಳಷ್ಟು ಅಗಲವಾಗಿದ್ದು, ಸುತ್ತಲ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಸಡಿಲ/ದುರ್ಬಲವಾಗಿದ್ದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಕೃತಕ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಮುಚ್ಚುವ ಪದ್ಧತಿ ಈಗ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದೆ.

ಹರ್ನಿಯ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ಕೆಲ ಕಾಲಾನಂತರ ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಸುಧಾರಿಸಿದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು, ಕೃತಕ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳ ಬಳಕೆ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಸೋಂಕಿನ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮುಂತಾದವುಳಿಂದ ಪ್ರಸ್ತುತ ಶೇ. ೨–೫ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಮರುಕಳಿಸಬಹುದಷ್ಟೆ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನಂತರ ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ತನ್ನ ಕೆಲಸಕಾರ್ಯಗಳಿಗೆ

ಹಿಂದಿರುಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಭಾರವಾದ ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ಎತ್ತುವುದು, ಕಠಿಣ ಶ್ರಮದ ಕೆಲಸಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗುವುದು, ಬೈಸಿಕಲ್ ಸವಾರಿಯಂತಹ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೇ ತೊಡಗಬಾರದು.

* * * *

೨೯. ಸುನ್ನತಿ

ಶಿಶ್ನದ ತುದಿಯ ಭಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ದಪ್ಪಗಿದ್ದು, ಅದನ್ನು ಶಿಶ್ನ ಮಣಿ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಶಿಶ್ನದಿಂದ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಚರ್ಮವು ಆ ಭಾಗವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆವರಿಸಿ ಕೊಂಡಿದ್ದು, ಶಿಶ್ನದ ಮೂತ್ರ ನಾಳದಿಂದ ಹೊರಬರುವ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಲು ದ್ವಾರವನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

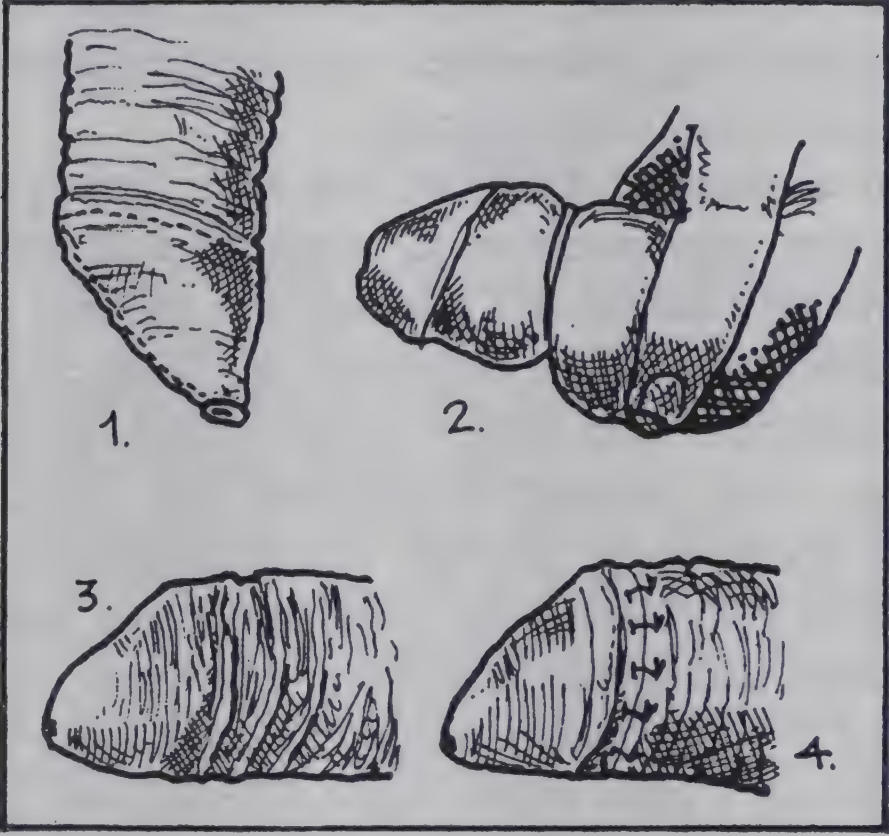
ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಕೆಲವು ಮತದವರಲ್ಲಿ ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಒಂದು ಮತೀಯ ಸಂಸ್ಕಾರವಾಗಿ ಆಚರಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಶಿಲಾಯುಗದ ಕಾಲದ ಗುಹೆಗಳಲ್ಲಿನ ಚಿತ್ರಗಳಲ್ಲೂ, ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಗೋರಿಗಳಲ್ಲಿರುವ ಪುರುಷ ಮಮ್ಮಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಸಂಸ್ಕಾರ ನಡೆಸಿದ ಸೂಚನೆಗಳಿರುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ನೋಡಬಹುದು. ಯೆಹೂದ್ಯ ಶಿಶುಗಳು ಜನಿಸದಾಕ್ಷಣವೇ 'ಸುನ್ನತಿ' ಎನ್ನಲಾಗುವ ಈ ಸಂಸ್ಕಾರವನ್ನು ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯೇ ಜರುಗಿಸುತ್ತಾಳೆ; ಮುಸ್ಲಿಂರಲ್ಲಿ ಬಾಲಕರಿಗೆ ೬-೭ ವರ್ಷಗಳಾಗುವುದರಲ್ಲೇ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಪದ್ಧತಿ ಈಗಲೂ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸಲು ಆರೋಗ್ಯದ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಕೆಲವು ಪ್ರಬಲ ಕಾರಣಗಳೂ ಇವೆ. ಅಚ್ಚರಿಯ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ, ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಜನ ಸುನ್ನತಿಯನ್ನು ಸ್ವಪ್ರೇರಣೆಯಿಂದಲೇ ಮಾಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವುದು. ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್, ಅಮೆರಿಕಾದಂತ ದೇಶದವರಲ್ಲಿ ಇದೂ ಒಂದು ನಾಗರಿಕತೆಯ ಪ್ರತೀಕದ ಖಯಾಲಿಯಾಗಿಬಿಟ್ಟಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಜನಿಸುವ ಶೇ. ೨೫-೩೦ರಷ್ಟು ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಈಗ ಅವರ ತಂದೆತಾಯಿಯರ ಅಪೇಕ್ಷೆಯಂತೆ ಹುಟ್ಟಿದಾಕ್ಷಣ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುತ್ತಾರಂತೆ. ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ಪ್ರಪಂಚದ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯ ಆರನೆಯ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ಪುರುಷರು ಸುನ್ನತಿಗೊಳಗಾಗಿರುವುದರ ಬಗೆಗೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ.

ಸುನ್ನತಿ, ಒಂದು ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂಬುದು ಈ ತೆರನ ಖಯಾಲಿ ಜನ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಬೆಳೆಯುವುದರ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು. ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸದಿರುವುದರಿಂದಾಗುವ ತೊಡಕುಗಳ ಪ್ರಚಾರವೂ ಅದಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಟ್ಟಂತಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣವಿರುವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸುನ್ನತಿಯನ್ನು

ಮಾಡಿಸಲೇ ಬೇಕೆಂಬುದರಲ್ಲೂ ಭಿನ್ನಾಭಿಪ್ರಾಯಗಳಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಅತ್ಯಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಾರೂ ಗಂಭೀರ ರೀತಿಯ ತೊಡಕುಗಳು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆಂಬುದನ್ನು ಗಮನಿಸದಿರುವಂತಿಲ್ಲ .

ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು (ಫೈಮೋಸಿಸ್) (ಚಿತ್ರ ೩೯) : ಶೈಶಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಬಾಲಕರ ಶಿಶ್ನದ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ಮುಂದಿನ ೫–೬ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಸಡಿಲವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚು ಮಂದಿ ಬಾಲಕರಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟು ಬಾಲಕರಲ್ಲಿ ಅದು ಸಡಿಲವಾಗದೇ, ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಆಗದೇ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇನ್ನೂ ಶೇ. ೫ರಷ್ಟು ಬಾಲಕರಲ್ಲಿ ಮುಂದೋಗಲಿನ ತುದಿ ಸೂಜಿಮೊನೆ ಗಾತ್ರದಷ್ಟು ಕಿರಿದಾಗಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ, ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು, ಎಂದು ಹೆಸರು. ಅವರು ಮೂತ್ರ ಮಾಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಾಗ ಮುಂದೊಗಲು ಬಲೂನಿನಂತೆ ಊದಿಕೊಂಡು ಮೂತ್ರ ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕುತ್ತದೆ ; ಇಲ್ಲವೇ ಕೆಲಸಾರಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತವೆ ; ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಸರಿಪಡಿಸಬೇಕಾಗುವುದು. ಮೂತ್ರದ್ವಾರದ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಹೀಗೆ ಅಡಚಣೆ ಇರುವವರು ಪ್ರತಿಸಾರಿ ಮೂತ್ರಮಾಡುವಾಗ ತಿಣಿಕಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿದ್ದ ಮೂತ್ರ, ಮೂತ್ರಕನಾಳಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಹಿಂದೆ ಸರಿಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಮೂತ್ರ ಹೀಗೆ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳವರೆಗೂ ಸರಿದು ಕ್ರಮೇಣ ಅವೂ ರೋಗಗ್ರಸ್ತವಾಗುವುದುಂಟು. ಮುಂದೊಗಲಿನ ತುದಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಿರಿದಾಗಿದ್ದು ಅದನ್ನು ಬಲತ್ಕಾರವಾಗಿ ಪದೇ ಪದೇ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸುವ ವಯಸ್ಕರಲ್ಲೂ ಅದರಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ಬಿರುಕುಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಅವರಲ್ಲೂ ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ಪು ತಿ. ನೋ



ಚಿತ್ರ ೩೯. ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ. ೧. ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು, ೨. ಹಿಂಬಿಗಿದೊಗಲು (ಪ್ಯಾರಾಫೈಮೋಸಿಸ್), ೩–೪ ಸುನ್ನತಿಯ ಹಂತಗಳು.

ಮುಂದೊಗಲಿನ ಉಪಯುಕ್ತತೆ : ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಪದ್ಧತಿ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾದರೆ ಅದರ ಇರುವಿಕೆಯಿಂದ ತೊಡಕುಗಳು ಸಂಭವಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಲ್ಲವೆ ? ಅದರಿಂದ ಮುಂದೊಗಲು ಅನಾವಶ್ಯಕ ಎಂಬ ಭಾವನೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಆದರೆ ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಪೂರ್ತಿ ಸರಿಯೆನ್ನುವಂತಿಲ್ಲ. ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಇಂದ್ರಿಯ ಸಂವೇದನಾ ಸಾಮರ್ಥ್ಯವಿದೆ. ಜೊತೆಗೆ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ "ಗ್ರಂಥಿ ಸಂವೇದನೆ" ಸಹಾ ಇದೆ. ಮುಂದೊಗಲು ಇವೆರಡೂ ರೀತಿಯ ಸಂವೇದನೆಗಳು ಕುಗ್ಗದಂತೆ ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ಸದಾ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡು ರಕ್ಷಣೆಯಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರನಾಳದ ತುದಿ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ತೆಗೆದಾಗ ಬಾಹ್ಯ ಆಘಾತಗಳಿಗೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ಆಘಾತಗಳಿಂದ ಸುನ್ನತಿಗೊಗಾದವರ ಮೂತ್ರ ದ್ವಾರದ ತುದಿಯಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಹುಣ್ಣುಗಳಾಗಿ ದ್ವಾರ ಕಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೊಗಲಿನ ಒಳ ಭಾಗದಿಂದ

ಸ್ರವಿಸುವ ತೆಳುವಾದ ದ್ರವ ಸಂಭೋಗ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನವನ್ನು ನುಣುಪಾಗಿರಿಸುತ್ತದೆ.

"ಸ್ಮೆಗ್ಮ"

ಮುಂದೊಗಲು ಮತ್ತು ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯ ನಡುವಿನ ಅಂತರದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಸ್ರವಿಸುವ "ಸ್ಮೆಗ್ಮ" ಎನ್ನುವ ಪಿಸಿರಿನಂಥ ಜಿಡ್ಡಿನ ಪದಾರ್ಥ ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕಾರೀ ವಸ್ತುವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗಿದೆ. ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಹಿಂಸರಿಸಲಾಗದ ಪೈಮೋಸಿಸ್ ಆಗಿರುವವರಲ್ಲಿ ಸ್ಮೆಗ್ಮವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯನ್ನು ಶುಚಿ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉರಿಯೂತ (Balano Posthitis) ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಕಾಯಿಲೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಉರಿಯೂತ ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದು, ಕೆಲಸಮಯ ಈ ತೆರನ ಉರಿಯೂತದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯಲ್ಲಿ ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುವುದುಂಟು. ಮುಂದೊಗಲಿನೊಳಗಡೆ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ಸ್ಮೆಗ್ಮ ಕೆಲಸಾರಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿ ಕಲ್ಲಿನಂತಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಮತ್ತು ಸ್ಮೆಗ್ಮ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದೇ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಈಗ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಶಿಶು ಜನಿಸಿದಾಕ್ಷಣ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಪದ್ಧತಿ ಇರುವ ಯೆಹೂದ್ಯ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಈ ತನಕ ವರದಿಯಾಗಿಲ್ಲ ! ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲೇ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಸಂಪ್ರದಾಯವಿರುವ ಮುಸ್ಲಿಂ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ತೀರಾ ಅಪರೂಪ; ಮಾಮೂಲಾಗಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ರೂಢಿ ಇರದ ಇತರ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸದ ಗಂಡಸರ ಪತ್ನಿಯರ ಗರ್ಭಕಂಠದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಪ್ರಮಾಣ, ಮಾಡಿಸಿದವರ ಪತ್ನಿಯರಲ್ಲಾಗುವ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕಿಂತ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾಸಾಕ್ಷ್ಯಾಧಾರಗಳಿಂದ ಸ್ಮೆಗ್ಮ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ – ಕಾರಕವೆಂಬುದು ದೃಢಪಟ್ಟಿದೆ. ಅನಾದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಮತೀಯ ಸಂಸ್ಕಾರವಾಗಿ ಆರಂಭವಾದ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಊಹಿಸುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವಾದರೂ, ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವವರ ಪ್ರಮಾಣ ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಭಯ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣವೆನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ.

ಸುನ್ನತಿ ಯಾರಿಗೆ ಅವಶ್ಯಕ ?

ಮುಂದೊಗಲಿನ ತುದಿ ಕಿರಿದಾಗಿ ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಆಗಿರುವವರಿಗೆ, ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯ ಅಸ್ವಚ್ಛತೆಯಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಉರಿಯೂತವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯನ್ನು ಸುಲಭಗೊಳಿಸಲು ಸುನ್ನತಿಯನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಇರುವ ಬಾಲಕರು/ಯುವಕರು ಶಿಶ್ನದ ತುದಿಯ ತುರಿಕೆಯಿಂದಲೋ ಅಥವಾ ಕುತೂಹಲಕ್ಕಾಗಿಯೋ ಕೆಲಸಾರಿ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಬಲಾತ್ಕಾರವಾಗಿ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸುವುದುಂಟು. ಶಿಶ್ನದ ಮೇಲೆ ಹಿಂಸರಿದ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಕಿರಿದಾದ ತುದಿ ಶಿಶ್ನದ ಮಧ್ಯಭಾಗವನ್ನು ಬಿಗಿಯಾದ ಉಂಗುರದಂತೆ ಅಮುಕಿ ಹಿಡಿಯುತ್ತದೆ. ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಇರುವವರು ಮೊದಲ ಸಾರಿ ಸಂಭೋಗ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಗಿದಾಗಲೂ, ಇಂತಹದೇ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಮೊದಲೇ ಉದ್ರೇಕಗೊಂಡಿದ್ದ ಶಿಶ್ನದಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಚಲನೆಗೆ ಅಡಚಣೆ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ; ಶಿಶ್ನ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಬಲಾತ್ಕಾರವಾಗಿ ಹಿಂದೆ ಸರಿದು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಅಮುಕಿ ಹಿಡಿದ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಚರ್ಮದ ಪದರಗಳಲ್ಲಿ ನೀರಿನಂಥ ದ್ರವ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವುದರಿಂದ ಅದೂ ಅತಿಯಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅತೀವ ಬೇನೆಯೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಸ್ತಿತಿಯನ್ನು "ಹಿಂಬಿಗಿದೊಗಲು" ಅಥವಾ ಪ್ಯಾರಾ–ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ವಿವಾಹ ನಂತರ ಪ್ರಸ್ತದ ಮೊದಲ ರಾತ್ರಿಯೇ ಕೆಲವರಿಗೆ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಗಂಡಿಗೆ ಅತೀವ ವೇದನೆ ಆತಂಕ, ಅವಮಾನಗಳೊಂದು ಕಡೆಯಾದರೆ, ಹೆಣ್ಣಿಗೆ ಭಯ, ಜಿಗುಪ್ಸೆ ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆ. ಇಂಥಾ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ನಾಚಿಕೆ ಅವಮಾನಗಳ ದೆಸೆಯಿಂದ ಅದನ್ನು ಒಂದೆರಡು ದಿನ ಯಾರಲ್ಲೂ ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳಲಾರರು. ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಲೂ ಹಿಂಜರಿಯುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೊಗಲಿನ ಚರ್ಮದ ಊತವನಂತೂ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಇನ್ನೇನು ತಡೆಯಲಾರದ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದಾಗ ಗುಟ್ಟು ಹೇಗೋ ಬಯಲಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ನೆರವಿಗೆ ಬರುವಂತಾಗುತ್ತದೆ (ಚಿತ್ರ ೩೯)

ಪ್ಯಾರಾ ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಜರುಗಿದ ತಕ್ಷಣದಲ್ಲೇ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಬಂದರೆ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಯಾಸವಿಲ್ಲದೇ ಊದಿದ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಮುಂದೆ ಸರಿಸಿ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದೆರಡು ದಿನ ತಡವಾಗ ಬಂದವರಲ್ಲಿ ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಉಂಗುರವನ್ನು

ಸರಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು. ನೀರಿನಿಂದ ಊದಿಕೊಂಡ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಹಲವಾರು ಕಡೆ ಸೂಜಿಯಿಂದ ಚುಚ್ಚಿ ತೂತು ಮಾಡಿ ಮೆದುವಾಗಿ ಹಿಸುಕುವುದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ನೀರು ಹೊರಗೆ ಬರುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ನಂತರ ಸ್ವಲ್ಪ ಬಲಾತ್ಕಾರದಿಂದ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಮುಂದಕ್ಕೆ ಎಳೆಯುವುದರಿಂದ ಮೊದಲಿನ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ತರಬಹುದು. ಇದು ಅತ್ಯಂತ ನೋವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ವಿಧಾನವಾದರೂ, ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಯಸ್ಸು ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಇನ್ನುಳಿದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನವನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಉಂಗುರವನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಕತ್ತರಿಸಿ ಸಡಿಲ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಷ್ಟರೊಳಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಉರಿಯೂತದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರದಿದ್ದರೆ, ಸುನ್ನತಿಯನ್ನು ಮಾಡಬಹುದು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದಲಿ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಚರ್ಮ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬಂದ ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಾದರೂ ಅಂಥವರು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೇ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಎಲ್ಲರಿಗೂ ಮಾಮೂಲಾಗಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ವಿಚಾರದಲ್ಲಿ ಈಗ ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗಳಿವೆ. ಮುಂದೊಗಲಿನೊಳಗೆ ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯ ಸುತ್ತ ಸ್ಮೆಗ್ಮ ಶೇಖರವಾಗಿ ಉಳಿಯದಂತೆ ಮತ್ತು ಅಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡರೆ, ಶಿಶ್ನದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಇದರಿಂದ ಫೈಮೋಸಿಸ್ ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವಂತಹವರು ಪ್ರತಿದಿನ ಶಿಶ್ನವನ್ನು ತೊಳೆದು ಸ್ವಚ್ಛವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಅದಕ್ಕೆ ಗುಹ್ಯ ರೋಗಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ತಗುಲದಂತೆಯೂ ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕು. ಶಿಶ್ನ ಮತ್ತು ಜನನಾಂಗಗಳ ಸ್ವಚ್ಛತೆಯನ್ನು ಸದಾ ಕಾಪಾಡಿಕೊಂಡು ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವವರಿಗೆ ಸುನ್ನತಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ ; ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಂಭವವೂ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ. ಆದರೆ ಮುಂದೊಗಲನ್ನು ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಲಾಗದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಇರುವವರು (ವಯಸ್ಕರೂ ಸೇರಿದಂತೆ) ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೇ ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿಗೆ ೫-೬ ವರ್ಷ ಕಾದುನೋಡಿ ಮುಂದೊಗಲು ಸಡಿಲವಾಗಿ ಹಿಂಸರಿಸಲಾಗದಿದ್ದಲ್ಲಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವುದು ಒಳಿತು. ವಂಶದಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿದ್ದರೆ, ಅವರ ಕುಟುಂಬದ ಬಾಲಕರಿಗೆ ಮಾಮೂಲಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ಮಕ್ಕಳ ಸೆಳವು, ಹಾಸಿಗೆ ಉಚ್ಚೆಬುರುಕುತನ ಹಸ್ತ ಮೈಥುನ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ನಿವಾರಣೆಗೂ ಹಿಂದೆ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿಗೂ, ಫೈಮೋಸಿಸ್‌ಗೂ ಯಾವ ಸಂಬಂಧವೂ ಇಲ್ಲದಿರುವುದರಿಂದ ಅವುಗಳಿಗಾಗಿ ಈಗ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ

ಮತೀಯ ಸಂಸ್ಕಾರದ ಅಂಗವಾಗಿ ಮಾಡುವ ಸುನ್ನತಿಗಳನ್ನು ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು, ಆಯಾ ಮತದ ಪುರೋಹಿತ ವರ್ಗದವರು, ಇಲ್ಲವೆ ಕ್ಷೌರಿಕರು ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ವಿಧಾನದ ಬಗೆಗೆ ಸರಿಯಾದ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಅರಿವು ಇರದ ಅವರು ಯಾವುದೇ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸುವುದಿಲ್ಲ ; ಶುಚಿತ್ವದ ನಿಯಮಗಳನ್ನೂ ಅನುಸರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅದರಿಂದ ಹಲವಾರು ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಗಾಯದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ, ಧನುರ್ವಾಯು, ಇಲ್ಲವೆ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಮುಂತಾದ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಜೀವಹಾನಿಯಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ವೈದ್ಯಕೀಯವಾಗಿ ಜರುಗುವ ಸುನ್ನತಿಗಳು ಪರಿಶುದ್ಧ ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ನುರಿತ ವೈದ್ಯರಿಂದ ನಡೆಯುತ್ತವೆ. ಯುವಕರು ಮತ್ತು ವಯಸ್ಕರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕಾ ಸಾಧನವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಮಾಡಬಹುದು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಬೇಕಾದ ಮುಂದೊಗಲಿನ ಆಸುಪಾಸಿನಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಸುತ್ತಲ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚುವರು. ಆ ಜಾಗ ಮತ್ತು ಅದರ ಮುಂದಿನ ಭಾಗದ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಸಿದಾಗ ನೋವಿನ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಚಿಕ್ಕ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸದಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಒದ್ದಾಡುವುದರಿಂದ ಅವರ ಸಹಕಾರ ಸಿಗಲಾರದು. ಮುಂದೊಗಲು ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಯನ್ನು ಸಂಧಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸುತ್ತಲೂ ಚರ್ಮವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿ, ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಮುಂದೊಗಲಿನ ಒಳಪರೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಹಲವಾರು ಹೊಲಿಗೆ ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಒಂದು ವಾರ ಗಾಯವನ್ನು ಶುಚಿಯಾಗಿಡಲು ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡುವುದಲ್ಲದೆ, ಸೂಕ್ತ ಜೀವನಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೩೯)

ಸುನ್ನತಿಯಿಂದಾಗಬಹುದಾದ ತೊಡಕುಗಳು

ಸುನ್ನತಿ ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆನಿಸಿದರೂ ಕೆಲವು ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಶಿಶ್ನ ಮಣಿ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರದ್ವಾರದ ತುದಿಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಅಪಘಾತಗಳಾಗಿ ಗಾಯಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಮೂತ್ರನಾಳದ ತುದಿ ಕಿರಿದಾಗಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೂ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತನಾಳಗಳನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟದಿದ್ದಲ್ಲಿ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು. ರಕ್ತಗರಣೆ ಗಟ್ಟುವುದಕ್ಕೆ ಸಹಜವಾಗಿರುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ನ್ಯೂನತೆಗಳಿದ್ದುದು, ಮೊದಲು ಅರಿವಿಗೆ ಬಾರದೇ ಇದ್ದು ಇಂಥಾ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾದರೆ, ಉಂಟಾಗುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತರುವುದು ಕಷ್ಟವಾಗಬಹುದು. ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡಾಗಲೂ ಅದು ಸರಿಯಾದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ತಲ್ಪುವ ಮೊದಲೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಹಠಾತ್ ತಲ್ಲಣದಿಂದ ಪ್ರಾಣಹಾನಿಯಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇವೆ. ಅದರಿಂದ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡುವ ನಿರ್ಧಾರವನ್ನು ಹಗುರವಾಗಿ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಸುನ್ನತಿಯಿಂದಾಗುವ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಂದ ಪ್ರಭಾವಿತರಾದ ಪೋಷಕರು, ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರದ ಸಮಯದಲ್ಲೂ ವೈದ್ಯರ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ತರುವುದುಂಟು. ವೈದ್ಯರೂ ಸಹ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ವಿವೇಚನೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸುವುದೊಳಿತು. ಇಂಥಾ ಸರಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನದಲ್ಲೂ ಅಡಗಿರುವ ಅಪಾಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪೋಷಕರಿಗೆ ಮೊದಲೇ ಸೂಕ್ತ ಮಾಹಿತಿ ಕೊಡುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಒಟ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೧.೨೫ರಷ್ಟು ಎಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಅದು ಉದ್ಭವವಾಗುವುದು ಸುಮಾರು ೪೦-೫೦ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನಂತರವೆ ಶಿಶ್ನದ ಶುಚಿತ್ವದ ಕಡೆ ಸರಿಯಾದ ಗಮನವಿಟ್ಟುಕೊಂಡರೆ ಅದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಎಳೆಯರಲ್ಲಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸಲೇಬೇಕಾದ ಸ್ಪಷ್ಟ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಲ್ಲದಿರುವಾಗ ಅಂಥ ಬಾಲಕರನ್ನು ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ಗುರಿಮಾಡುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಶಾಲಾ ಕಾಲೇಜುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ನಡೆಸುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ತಪಾಸಣೆಗಳಿಗೆ ಬಾಲಕರು ತಪ್ಪದೇ ಹಾಜರಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಅವರ ಶಿಶ್ನವನ್ನ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ, ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವವರಿಗೆ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಏರ್ಪಾಡು ಮಾಡಬೇಕು. ನಾಚಿಕೆಯಾಗುತ್ತದೆಂಬ ನೆಪವೊಡ್ಡಿ ಹಲವು ವಿದ್ಯಾರ್ಥಿಗಳು ಇಂಥ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಗೈರು ಹಾಜರಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಈಗೀಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುವುದು ದುರಾದೃಷ್ಟಕರ.

ಸುನ್ನತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶಗಳು

* ಎಳೆಯ ಬಾಲಕರ ಶಿಶ್ನವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ೫-೬ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಮುಂದೊಗಲು ಹಿಂಸರಿಯುವ ಹಾಗಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಅವರಿಗೆ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸಲೇಬೇಕು.
* ಮುಂದೊಗಲು ಹಿಂದೆ ಸರಿವವರು ಪ್ರತಿದಿನ ಅದನ್ನು ಹಿಂದೆ ಸರಿಸಿ ಸ್ನಾನ ಮಾಡುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಣ್ಣೀರು ಅಥವಾ ಎಳೆ ಬೆಚ್ಚನೆಯ ನೀರಿನಿಂದ ತೊಳೆದು ಶುಚಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ರೀತಿ ತೊಳೆದು ಶುಚಿ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಗೆ ಸಾಬೂನು ಅಥವಾ ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರಾವಣಗಳನ್ನು ಬಳಸಬಾರದು. ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪ್ರಕೃತಿಯ ಶಿಶ್ನ ಮಣಿಗೆ ಅವುಗಳಿಂದ ಹಾನಿಯಾಗಬಹುದು.
* ಮುಂದೊಗಲು ಹಿಂದೆ ಸಲೀಸಾಗಿ ಸರಿಯುವವರಿಗೆ ಅಂದೊಂದು ನಾಗರಿಕ ನಡೆವಳಿಕೆಯೆಂದೋ, ಅಥವಾ ಅನುಕರಣೀಯ ಪದ್ಧತಿಯೆಂದೋ ಮಾಮೂಲಾಗಿ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ.
* ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣಗಳಿರುವಾಗ ಸುನ್ನತಿಯನ್ನು ತಪ್ಪದೇ ಮಾಡಿಸಬೇಕು.

* * * *

೩೦. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ

ಪುರುಷನ ಸಂತಾನ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಖಾಯಂ ಆಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದಕ್ಕಾಗಿ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸುವ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ "ವ್ಯಾಸಕ್ಟೆಮಿ" ಎಂದು ಹೆಸರು. ಈ ವಿಧಾನ ಪ್ರಪಂಚದಾದ್ಯಂತ ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಭಾರತದಂಥ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಶೀಲ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ದಿನೇ ದಿನೇ ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಜನಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿರಿಸಲು ಅಲ್ಲಿಯ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಜನರು ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಲು ಪ್ರೋತ್ಸಾಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಫೋಟದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಿರದ ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳಲ್ಲಿ ಕೋಟ್ಯಾಂತರ ಜನರು ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಕುಂಟುಂಬದ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮಿತಿಯಲ್ಲಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಸುಖ ಸಂತೋಷದ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ತಾವೇ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದಾರೆ !

ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿಯೂ ಕೆಲವು ಸಾರಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುವುದುಂಟು. ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿರುವವರಿಗೆ, ಹಾಗೂ ಕೆಲವು ಬೌದ್ಧಿಕ ನ್ಯೂನತೆಗಳಿರುವವರಿಗೂ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿ ಅವರ ಸಂತತಿ ಮುಂದುವರಿಯದಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಪ್ರೊಸ್ಟೆಟ್ ಗ್ರಂತಿಯ ಊತಕ್ಕಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಹೊರತೆಗೆದ ನಂತರ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಿಂದ ವೃಷಣಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳ ಮುಖಾಂತರ ಹರಿದು ಬರದಂತೆ ತಡೆಯಲು ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ.

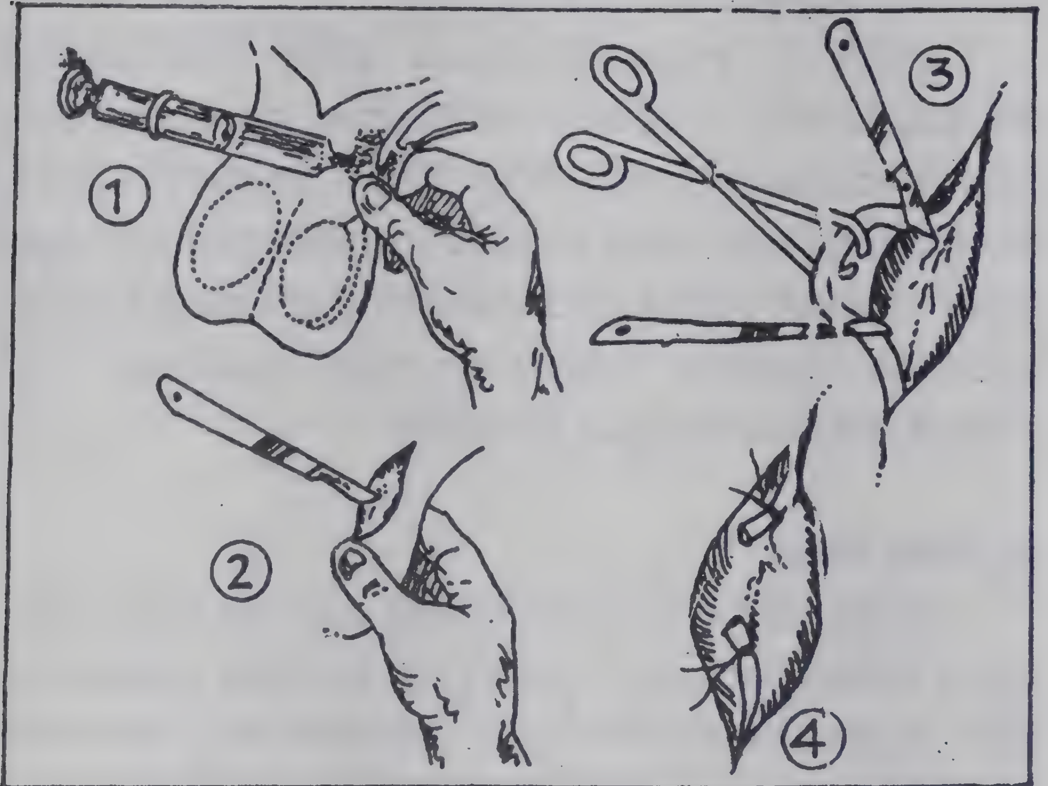
ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯೂ ಒಂದು ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿದ್ದರೂ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಕೂಲಂಕಷ ತಪಾಸಣೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ದೃಢಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ವ್ಯಕ್ತಿಗಾಗಬಹುದಾದ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳೂ ಇವರಲ್ಲೂ ಆಗಬಹುದು. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಪುರುಷನ ಲೈಂಗಿಕ ಮನೋಭಾವಗಳ ಮೇಲೂ

ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವವರ ದೈಹಿಕ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವನ ವಯಸ್ಸು, ಮಾನಸಿಕ ದೃಷ್ಟಿಕೋನ ಮುಂತಾದವುಗಳ ಬಗೆಗೂ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಜನಸಂಖ್ಯಾ ಸ್ಫೋಟವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವ ಉದಾತ್ತ ಧ್ಯೇಯಗಳ ಸಾಧನೆಗಾಗಿ ಜರುಗುವ ಇಂಥಾ ಸರಳ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಅತ್ಯಂತ ನಿರಪಾಯಕಾರಿ ತೊಡಕಿನಿಂದ ಇಡೀ ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆಯ ಯಶಸ್ಸಿಗೆ ಧಕ್ಕೆಯುಂಟುಮಾಡಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಎಲ್ಲಾ ಮುನ್ನೆಚ್ಚರಿಕೆಗಳನ್ನೂ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಹಿಂದಿನ ದಿನವೇ ಬಾಹ್ಯ ಜನನಾಂಗಗಳ ಸುತ್ತಲಿರುವ ಕೂದಲುಗಳನ್ನು ತೆಗೆಸಿ ಶುಚಿಗೊಳಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಬಗೆಗೆ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಾನಸಿಕ ಆತಂಕವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಒಂದು ತಾಸಿನ ಮೊದಲೇ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ನೆಮ್ಮದಿಕಾರಕ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವುದು ವಾಡಿಕೆ. (ಚಿತ್ರ, ೪೦)

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವ



ಚಿತ್ರ ೪೦. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳು

ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡಿ ಮಾಡುವರು. ವೃಷಣ ಚೀಲದ ಒಂದು ಬದಿಯ ಹೊರಭಾಗವನ್ನು ಹೆಬ್ಬೆರಳು ತಮ್ಮು ತೋರುಬೆರಳುಗಳ ನಡುವೆ ಹಿಡಿದು ಕೆಳಮುಖವಾಗಿ ಜಗ್ಗಿದಾಗ, ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಆ ಬೆರಳುಗಳ ನಡುವೆ ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದೂ ಹೆಚ್ಚೂ-ಕಡಿಮೆ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲೇ ಇದ್ದು, ಗಡಸಾಗಿರುವುದರಿಂದ, ಜೊತೆಗಿರುವ ರಕ್ತನಾಳ ಮತ್ತಿತರ ರಚಗಟ್ಟುಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಿ ಬೇರ್ಪಡಿಸಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಅದಿರುವ ಜಾಗದ ಸುತ್ತ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚುವರು. ಆ ಜಾಗ ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲದೆ ಮರಗಟ್ಟಿದಂತಾಕ್ಷಣ ಅಲ್ಲಿ ಸೀಳು ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ, ಸಣ್ಣ ಇಕ್ಕಳದಿಂದ ಜೊತೆಗಿರುವ ರಚಗಟ್ಟುಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿದರೆ ಅಚ್ಚ ಬಿಳೀ ಬಣ್ಣದ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳ ಮೇಲೆದ್ದು ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಸಣ್ಣ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮತ್ತು ಬಿಡಿಸುವಿಕೆಯಿಂದ ಅದರ ಹೊರ ಕವಚಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಬಿಡಿಸಿ, ಸಲಕರಣೆಯೊಂದರ ಸಹಾಯದಿಂದ ವ್ಯಾಸ್‌ನ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನು ಹಿಡಿದು ಮೇಲೆತ್ತಿ ಹೊರಗೆಳೆಯಬಹುದು. ಹಾಗೆ ಹೊರತೆಗೆದ ವ್ಯಾಸ್‌ನ ೪-೫ ಸೆಂ.ಮೀ.ನಷ್ಟು ಅಂತರರದ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಸಣ್ಣ ಇಕ್ಕಳಗಳನ್ನು ನಡುವಿನ ಭಾಗವನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವರು. ಕತ್ತರಿಸಿದ ಎರಡೂ ತುದಿಗಳನ್ನು ದಾರಗಳಿಂದ ಬಿಗಿದು ಕಟ್ಟಿದ ನಂತರ ತುದಿಗಳನ್ನು ಗಾಯದ ಒಳಗೆ ಇಳಿಸಲಾಗವುದು. (ಚಿತ್ರ ೪೦) ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಂದ ಒಸರುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತಂದು ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಹೊಲಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆಯೂ ಇದೇ ಕ್ರಮವನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ ನಂತರ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿ ಬ್ಯಾಂಡೇಜು ಮಾಡುವರು. ವೃಷಣ ಚೀಲದ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ಉದ್ದನೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ಒಂದೇ ಗಾಯದ ಮೂಲಕ ಎರಡೂ ಕಡೆಯ ವ್ಯಾಸ್‌ಗಳನ್ನು ಒಂದಾದ ಮೇಲೆ ಒಂದರಂತೆ ಹೊರಗೆಳೆದು ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಮಾಡುವ ಇನ್ನೊಂದು ವಿಧಾನವೂ ಇದೆ.

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ ಅತ್ಯಂತ ಸರಳ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೆಂಬುದನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸಲು ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರು ಸ್ವತಃ ತಾವೇ ಸ್ವಯಂ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುವ ನಿದರ್ಶನಗಳನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು.

ತೊಡಕುಗಳು

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟಮಿ. ಮೊದಲು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾದ ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ತಲ್ಲಣ ಉಂಟಾದರೆ

ಪುನಃಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸಲು ಬೇಕಾಗುವ ಎಲ್ಲಾ ಪರಿಕರಗಳನ್ನು ಸಜ್ಜಾಗಿರಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದು ಕತ್ತರಿಸುವಾಗ ಆಗಬಹುದಾದ ಸ್ವಲ್ಪ ನೋವಿನಿಂದಲೇ ಹೃದಯ ಸ್ತಂಭನಗಳುಂಟಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸೋರಿಕೆಯಾಗಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದಾಗ, ಊತ ಮತ್ತು ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬುಹದು. ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಾದ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ತೊಡಕುಗಳಾಗುವುದುಂಟು. ಆದರೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಂಥ ಗುರುತರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಗಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟುವ ಸೂಚನೆಗಳು ಕಂಡು ಬಂದಾಗಕ್ಷಣ ಗಾಯವನ್ನು ಬಿಚ್ಚಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಬೇಕು. ಇನ್ನೂ ಒಸರುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇರಕು. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಆ ಕಡೆಯ ವೃಷಣಕ್ಕೆ ರಕ್ತ ಸರಬರಾಜಿನ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗೆ ಕುಂದುಂಟಾಗಬಹುದಾದುದರಿಂದ ಅದನ್ನೇ ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲಾಗುವಂತೆ, ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ಗಾಯದಲ್ಲೂ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿ ಕೀವು ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲ ದಿನದಿಂದಲೇ ಸೂಕ್ತ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಸರಳ ಹಾಗೂ ಸುಲಭವಾಗಿ ಜರುಗಿಸಬಹುದಾದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದರೂ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರು ಅದನ್ನು ಇನ್ನೂ ತೆರೆದ ಮನಸ್ಸಿನಿಂದ ಸ್ವೀಕರಿಸಿದಂತಿಲ್ಲ. ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಯೋಜನೆ ಆರಂಭವಾದ ಮೊದಲ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಶಿಬಿರಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ಸಾಹದಿಂದ ಗುಂಪು-ಗುಂಪಾಗಿ ಬರುತ್ತಿದ್ದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಈಗ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿದೆ. ಅವಿದ್ಯೆ, ಅಜ್ಞಾನ, ಮೂಢನಂಬಿಕೆಗಳು ಮನೆ ಮಾಡಿರುವ ನಮ್ಮ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿ ಹಲವು ಅನುಮಾನಗಳುಂಟಾಗಿರುವುದೇ ಈ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಬಹುದು.

ಅಪಾಯಕಾರಿಯಲ್ಲ

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಗಂಡಸರು ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಯ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ನಿರ್ವೀರ್ಯರೂ (ಷಂಡತನ) ಆಗುತ್ತಾರೆಂಬ ಸಂಶಯ ಬಹಳಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಬೇರೂರಿದೆ. ಪುರಷತ್ವದ

ಸಂಕೇತಗಳಾಗಿರುವ ವೃಷಣಗಳ ಸನಿಹದಲ್ಲಾಗುವ ಯಾವುದೇ ಕ್ರಿಯೆಗಳಿಂದ ಈ ತೆರನ ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗಬಹುದೆಂಬ ಅನುಮಾನ ಅವರದ್ದಾಗಿರಬೇಕು. ಮುಗ್ಧ ಜನರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಂಶಯಗಳು ಉಂಟಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಡುವ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರಿಗಾದರೂ ಅನುಭವಕ್ಕೆ ಬಂದಿರಲಿಕ್ಕೆ ಸಾಕು. ಎತ್ತು, ಹೋರಿ, ಕುದುರೆ ಮುಂತಾದವನ್ನು ದುಡಿಮೆಯ ಪಶುಗಳನ್ನಾಗಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ, ಅವುಗಳ ವೃಷಣಗಳನ್ನು ಬಲವಾಗಿ ಹಿಸುಕಿ, ನಿರ್ವೀರ್ಯ ಮಾಡುವ ಕಾರ್ಯ ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ಅವೆಲ್ಲರ ಎದುರಿನಲ್ಲೇ ಬಹಿರಂಗವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತವೆ. ಮುಂದೆ ಅವು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡು ಕೇವಲ ದುಡಿಮೆಯ ಪಶುಗಳಾಗಿ ಕಾಲ ಹಾಕುವುದು ಅವರೆಲ್ಲರ ಮನಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ನಾಟಿರುತ್ತದೆ. ಗಂಡಸರ ವೃಷಣದ ಸನಿಹದಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸುವ ವಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಿಂದಲೂ ಇಂತಹದೇ ಪರಿಣಾಮ ಆಗಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಸಹಜವಾಗಿ ಉಂಟಾಗಿದ್ದರೆ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ.

ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಯೋಜನೆ ಮೊದಲು ಅನುಷ್ಠಾನಕ್ಕೆ ಬಂದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗಳಿಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿದ್ದವರು ಬಹುಪಾಲು ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸನ್ನು ದಾಟಿದವರಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದರು. ಅವರಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿ ಸಹಜವಾಗಿಯೇ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿರುತ್ತಿತ್ತು. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಾದ ಅವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವರಿಗೆ ಸಹಜವಾಗಿ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅರಿವಿರದೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಿಂದಲೇ ಹಾಗಾಗಿರಬಹುದೆಂದು ಕೊರಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇತರರಿಗೂ ತಮ್ಮ ಈ ಅಭಿಪ್ರಾಯವನ್ನು ಗುಟ್ಟಾಗಿಯಾದರೂ ತಿಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಸಂತಾನೋತ್ಪತ್ತಿಗೆ ಕಾರಣವಾದ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳನ್ನು ಉತ್ಪಾದಿಸುವ ಸೆಮಿನಿಫೆರಸ್ ನಾಳಗಳು ಮತ್ತು ಪುರುಷತ್ವ, ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಯ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಲೇಡಿಗ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಇರುವ ಜಾಗ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿರುವ ವಿಷಯವನ್ನು ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. (ಚಿತ್ರ ೩೩ ಪುಟ ೨೨೪) ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುವಾಗ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ಚಲಿಸುವ ರೇತುನಾಳ (ವ್ಯಾಸ್)ಗಳನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ಕೇವಲ ಯಾಂತ್ರಿಕ ತಡೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಚೋದನಿಗಳನ್ನು ಸ್ರವಿಸುವ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಗೆ ಇದರಿಂದ ಯಾವ ಹಾನಿಯೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವು ಸ್ರವಿಸಿದಂತೆಲ್ಲ ನೇರವಾಗಿ ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹಕ್ಕೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ವ್ಯಾಸ್ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಅವು ಚಲಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಗೆ ಈ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಕುಂದುಂಟಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಬದಲಾಗಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ನಂತರ ನಶಿಸುವ ಸೆಮಿನಿಫೆರಸ್ ನಾಳಗಳು ಕುಗ್ಗುವುದರಿಂದ ತೆರವಾಗುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಲೇಡಿಗ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ, ಪುಲ್ಲಿಂಗಕಾರಿ ಚೋದನಿಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುತ್ತವೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಾಸಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯಕ್ಕೆ ಇದು ಇಂಬುಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಸ್ವಭಾವತಃ ಮಾನಸಿಕ ದೌರ್ಬಲ್ಯಗಳಿರುವ ಕೆಲವರು ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ನಂತರ ಲೈಂಗಿಕ ಅನಾಸಕ್ತಿಯೇ ಏಕೇ, ತಮಗಾಗಬಹುದಾದ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ, ತಲೆನೋವು, ಸೊಂಟನೋವು, ಮುಂತಾದ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಸಂಬಂಧವಿರದ ವ್ಯಾಧಿಗಳಿಗೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ಮೇಲೆ ಗೂಬೆಕೂರಿಸುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಇದೆ. ಆದುದರಿಂದ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೆ ಮೊದಲು ಪತಿ ಪತ್ನಿಯರಿಬ್ಬರ ಮಾನಸಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯ ಬಗೆಗೆ ಮನೋವೈದ್ಯರಿಂದ ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸುವುದು ಒಳಿತೆನಿಸುತ್ತದೆ. ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತರಾಗಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೆ ಮುಂದಾಗುವ ದಂಪತಿಗಳನ್ನು ಈ ತರಹೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಿದ ನಂತರವೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುತ್ತಾರಂತೆ. ನಮ್ಮಲ್ಲಿ ಇದೊಂದು ಅಗಾಧ ಸಮಸ್ಯೆಯಾಗುವುದಾದರೂ, ಅದರಿಂದ ಇಡೀ ಯೋಜನೆಗೆ ಆಗುವ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಗಮನಿಸಿದರೆ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಯತ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಡುವುದು ಸೂಕ್ತವೆನಿಸುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ನರಗಳ ದುರ್ಬಲತೆ, ಹೃದ್ರೋಗ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮುಂತಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂಬ ಸಂಶಯ ಕೆಲವು ಜನಸಮೂಹಗಳಲ್ಲಿದಂತಿದೆ. ಈಗ ೫–೬ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆ ನಡೆಯಿತು. ಒಂದೇ ವಯೋಮಾನ, ಆರ್ಥಿಕ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳು ಸರಿಸಮಾನ ಇರುವ ಎರಡು ಜನಸಮುದಾಯಗಳಲ್ಲಿ – ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರು, ಹಾಗೂ ಮಾಡಿಸಿ ಕೊಳ್ಳದಿರುವವರು – ಇದರಲ್ಲಿ ಭಾಗವಹಿಸಿದ್ದರು. ಅವೆರಡೂ ಗುಂಪಿನವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ, ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿ ಮತ್ತು ಮೇಲೆ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಿದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಮೀಕ್ಷೆ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರಿಂದಲೇ ನಡೆಯಿತು. ಅವರೆಲ್ಲರ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೂ ಕಂಡು ಬರಲಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡವರ ಪೈಕಿ ೩೨೩ ಜನ ಹೃದಯಘಾತ ಮತ್ತು ೧೩೩ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಮರಣ ಹೊಂದಿದ್ದರೆ, ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದವರ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ೪೦೦ ಜನ

ಹೃದಯಾಘಾತದಿಂದಲೂ ೧೮೧ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದಲೂ ಸಾವು ಕಂಡಿದ್ದರು! ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗದ್ದಿವರಲ್ಲೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿದ್ದುದರ ಸ್ಪಷ್ಟ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ಹುಡುಕುವುದು ಕಷ್ಟವಾದರೂ, ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗಾಗುವುದರಿಂದ ಈ ತರಹೆಯ ಮಾರಕ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಸಂಭವ ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆಂಬುದು ಸಾಬೀತದಂತಾಯಿತು.

ಮರು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ

ಒಂದು ಸಾರಿ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಅನಿವಾರ್ಯ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಮತ್ತೆ ಮಕ್ಕಳಾಗಬೇಕಾದ ಪ್ರಮೇಯ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಪುನಃ ಮರುಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿ ಅವುಗಳ ಒಳ ಕಾಲುವೆಯನ್ನು ಒಂದುಗೂಡಿಸುವುದು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ನುರಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಕೈಯಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೦ರಿಂದ ೮೦ರಷ್ಟು ಯಶಸ್ಸು ದೊರೆತ ವರದಿಗಳಿವೆ. ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ಕೆಲವು ನಗರಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಯಶಸ್ಸು ದೊರೆತ ವರದಿಗಳಿವೆ. ನಮ್ಮ ರಾಜ್ಯದ ಕೆಲವು ನಗರಗಳ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳಿದ್ದು, ಅದಕ್ಕೆ ತಗುಲುವ ವೆಚ್ಚವನ್ನು ಸರ್ಕಾರವೇ ವಹಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗಾದವರಿಂದ ಮತ್ತೆ ಮಕ್ಕಳಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಕೇಳುತ್ತೇವೆ ಹಲವಾರು ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಹೀಗಾಗುವುದುಂಟು. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಾದ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳ ತನಕವೂ ಹಲವು ಜೀವಂತ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿದು ಕೊಂಡಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ ಇವುಗಳಿಂದ ಗರ್ಭಧಾರಣೆಯಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಅದರಿಂದಲೇ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯ ನಂತರ ಒಂದೆರಡು ತಿಂಗಳು ಸಂಭೋಗ ಮಾಡದಿರುವುದು ಒಳಿತು ; ಇಲ್ಲವೇ ಅಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ "ನಿರೋಧ್" ಬಳಸಬೇಕು. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಾದ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರವೂ ಕತ್ತರಿಸಿದ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳು ತಮ್ಮಷ್ಟಕ್ಕೇ ಒಂದಾಗಿ ಸೇರಿ, ಅವುಗಳ ಒಳಗಿನ ನಾಳದ ಮೂಲಕ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ಮತ್ತೆ ಸಂಚರಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಾದವರು, ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಮ್ಮ ವೀರ್ಯವನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದರಿಂದ ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಇನ್ನೂ ಅಪರೂಪದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಕಡೆ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳು ಸಂಜಾತ ವಿಕಲತೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದಲೂ ಹೀಗಾಗಬಹುದು. ವ್ಯಾಸೆ ಕ್ಟೆಮಿಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗದೆ,

ಬೇರೇನ್ನೆನ್ನೋ ಕತ್ತರಿಸಿ, ಅದು ಹಾಗೆ ಉಳಿದುಕೊಂಡು ಇದ್ದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇವೆ. ಆದುದರಿಂದ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಾದವರ ಪತ್ನಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದರೆ ಈ ವಿಷಯಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳದೆ ಅಪವಾದ ಹೊರಿಸುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ.

* * * *

೩೧. ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ

ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಲ್ಲಿ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳು ಚಲಿಸಿ ಸ್ತ್ರೀಯ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅಂಡಾಣುವನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸದಂತೆ ಅಡ್ಡಿಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ತ್ರೀಯ ಅಂಡಾಶಯದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ಅಂಡಾಣುವು ಡಿಂಭನಾಳದ (ಫೆಲೋಪಿಯನ್ ಟ್ಯೂಬ್) ಮೂಲಕ ಸಂಚರಿಸಿ ವೀರ್ಯಾಣುಗಳನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸದಂತೆ ಅಡಚಣೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೇ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಎಂದು ಕರೆಯುವರು. ವಿಧಾನಗಳೆರಡಾದರೂ ಉದ್ದೇಶ ಒಂದೇ!

ಡಿಂಭನಾಳಗಳು ಸ್ತ್ರೀಯ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿ ಅಡಗಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳಷ್ಟು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟಕುವುದಿಲ್ಲ. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆದು ಗರ್ಭಕೋಶ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಕರುಳು ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳ ನಡುವೆ ಅವುಗಳನ್ನು ಹುಡುಕಿ ಹೊರತೆಗೆಯುವುದು ಸ್ವಲ್ಪ ಪ್ರಯಾಸದ ಕೆಲಸವೆ. ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಬಹಳಷ್ಟು ಸರಳಗೊಂಡಿರುವುದಾದರೂ, ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಷ್ಟು ಹಗುರವಾಗಿ ಪರಿಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾಗುವವರು ಒಂದು ವಾರದ ಮಟ್ಟಿಗಾದರೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಒಳರೋಗಿಯಾಗಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಗೆ ನೀಡುವ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಾಧನಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗುವ ಸಾಧನವನ್ನು ಇದಕ್ಕೆ ಬಳಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದಿನ ಬಳಕೆಯಿಂದಲೇ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಆದರೂ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಪ್ರಜ್ಞೆ ತಪ್ಪಿಸುವ, ಇಲ್ಲವೆ ದೇಹದ ಕೆಳಭಾಗವನ್ನು ನಿಶ್ಚೇತನಗೊಳಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಆದರ್ಶಪ್ರಾಯವೆನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣಕ್ಕಾಗಿ ನಡೆಯುವ ಇಂಥಾ ಬೃಹತ್ ಸಾಮೂಹಿಕ ಆಂದೋಳನದಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಕೆಗಾಗಿ ಈ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುವುದು ಅಸಾಧ್ಯವೇ ಸರಿ.

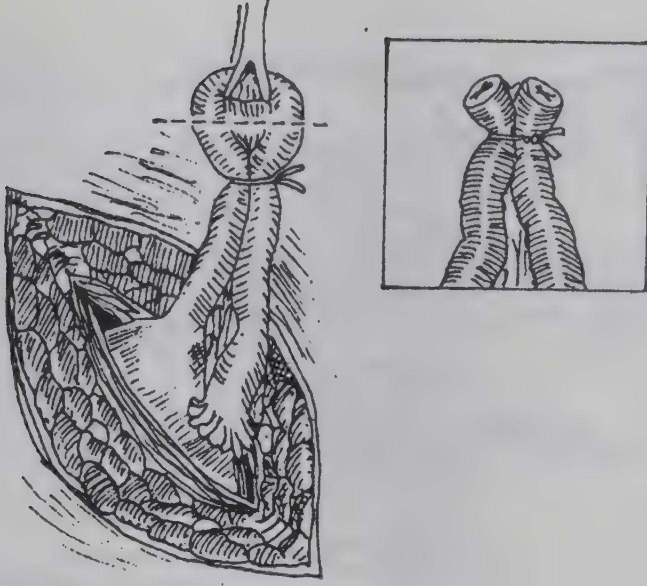
ಹೆರಿಗೆಯಾದ ಒಂದೆರಡು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಡಿಂಭನಾಳಗಳು ಉದರಕೋಶದ ಮುಂಭಾಗದ ಭಿತ್ತಿಯ ಕೆಳಗಡೆಯೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕೈಗೆಟಕುವಷ್ಟು

ಮೇಲಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುವುದು ಅತ್ಯಂತ ಸುಲಭ. ತಾಂತ್ರಿಕ ವಿಧಾನಗಳು ಸರಳವಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಈಗ ಯಾವಾಗಲಾದರೂ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಬಹುದಾಗಿದೆ. ಪ್ರಸಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಮೊದಲಿನಷ್ಟು ತೆರೆಯದೆ ಅದರೊಳಗೆ ದುರ್ಬೀನಿನಂತಹ ಉಪಕರಣವನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡಬಹುದು ; ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾದ ದಿನವೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿಯ ವಿಧಾನಗಳು

ಹೊಟ್ಟೆ ತೆರೆದು ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ :

ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ನಿಗದಿಯಾದ ಒಂದು ದಿನ ಮೊದಲೇ ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ನುರಿತ ವೈದ್ಯರು ಆಕೆಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಕೋಶ, ಜನನಾಂಗಗಳ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳ ಬಗಗೆ ತಪಾಸಣೆ ನಡೆಸುವರು. ಪ್ರಮುಖ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಮಾಡುವ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ಎಲ್ಲಾ ತಯಾರಿಗಳನ್ನು ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಒಂದು ತಾಸಿನ ಮೊದಲು ಯಾವುದಾದರೊಂದು ನೆಮ್ಮದಿಕಾರಕ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಹೊಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಗುಂಜೆಲುಬಿನ ನಡುವಿನ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ಚುಚ್ಚುತ್ತಾರೆ. ಸುಮಾರು ಒಂದೂವರೆ – ಎರಡು ಅಂಗುಲಗಳಷ್ಟು ಉದ್ದದ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಪದರ ಪದರವಾಗಿ ಬಿಡಿಸಿ ತೆರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೀಗೆ ಮಾಡಿದ ಗಾಯದ ಮೂಲಕ ಎರಡು ಬೆರಳುಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ, ಮೊದಲು ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ಗುರುತಿಸುವರು. ನಂತರ ಅದರ ಇಕ್ಕೆಲಗಳಲ್ಲೂ ಕೈಯಾಡಿಸಿ ಡಿಂಭನಾಳಗಳನ್ನು ಹುಡುಕಿ ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯುವರು. ಡಿಂಭನಾಳದ ಮಧ್ಯಭಾಗಕ್ಕೆ ಇಕ್ಕಳವನ್ನು ಅಳವಡಿಸಿ ಹೊರಗೆಳೆದಾಗ ಅಲ್ಲೊಂದು ಸುರುಳಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಹೊರಬಂದ ಸುರಳಿಯ ಎರಡು ಬಾಹುಗಳಿಗೆ ಇಕ್ಕಳವನ್ನು ಹಾಕಿ ನಡುವಿನ ಅಂತರದ ಟ್ಯೂಬ್‌ನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವರು. ಕತ್ತರಿಸಿದ ಎರಡೂ ತುದಿಗಳನ್ನು ದಾರದಿಂದ ಕಟ್ಟಿ ಬಿಗಿಯಲಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೪೧) ಇದೇ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾಗಿ ಟ್ಯೂಬಿನ ಲಾಳಿಕೆಯಾಕಾರದ ತುದಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅದು ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ಸೇರುವ ಜಾಗದಲ್ಲೂ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯಬಹುದು. ಮುಂದೆ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಪದರ–ಪದರವಾಗಿ ಸೇರಿಸಿ ಹೊಲಿಯುವರು. ಈ

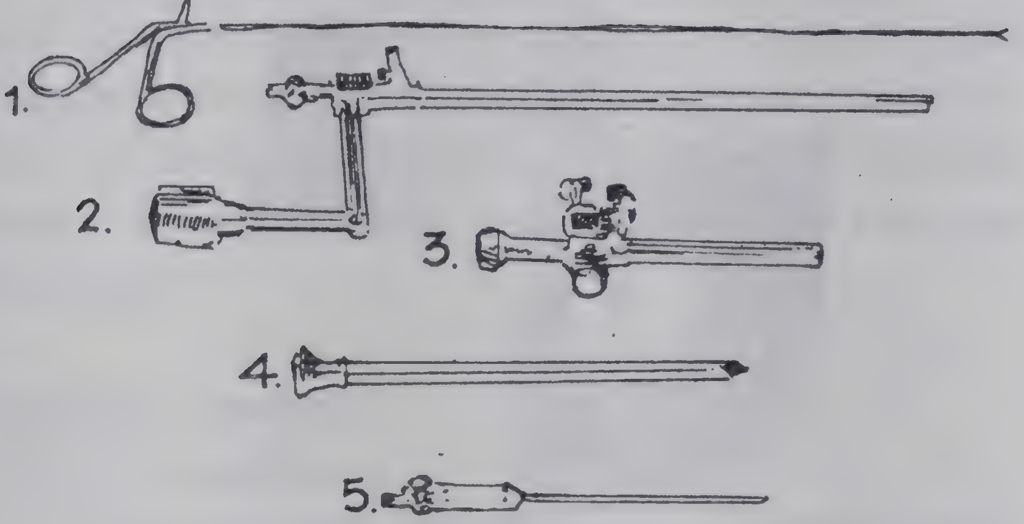


ಟ್ಯುಬೆಕ್ಟಮಿ ವಿಧಾನ

ಚಿತ್ರ ೪೧.

ರೀತಿ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರು ಆ ದಿನವೆ ಲಘು ಆಹಾರ ಪಾನೀಯಗಳನ್ನು ಸೇವಿಸಬಹುದು. ಮುಂದೆ ನೋವಿನ ಉಪಶಮನಕಾರಕ ಮತ್ತು ಗಾಯದಲ್ಲಿ ಸಂಜಾಗದಿರಲು ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ನೀಡುವರು. ಏಳು ದಿನಗಳ ನಂತರ ಹೊಲಿಗೆಗಳನ್ನು ಬಿಚ್ಚಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸುವರು. ಇನ್ನೊಂದು ವಾರದಲ್ಲಿ ಇವರು ತಮ್ಮ ದೈನಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಬಹುದು.

ಜನನ ದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ : ಜನನ ದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುವ ಎರಡು ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಲಿತವಿವೆ. ಜನನ ದ್ವಾರದೊಳಗೆ ಗರ್ಭ ಕಂಠದ ಹಿಂದುಗಡೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಮದ್ದನ್ನು ನೀಡುವರು. ಮುಂದೆ ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಕತ್ತರಿಕೆಯಿಂದ ತೂತು ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯೊಳಗೆ ಬೆರಳು ಅಥವಾ ಸೂಕ್ತ ಸಲಕರಣೆಯನ್ನು ತೂರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಪೆಲೋಪಿಯನ್ ಟ್ಯೂಬ್‌ಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಸಲಕರಣೆಯಿಂದ ಹಿಡಿದೆಳೆದು ಜನನ ದ್ವಾರಕ್ಕೆ ತರುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಮೊದಲು ವಿವರಿಸಿದ ರೀತಿಯಲ್ಲೇ ಅದನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇನ್ನೊಂದು ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಮಾಡಿದ ತೂತಿನಲ್ಲಿ ದುರ್ಬೀನಿನಂತ ಸಲಕರಣೆಯನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಟ್ಯೂಬುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಹೊರಗೆಳೆದು ತಂದು ಕತ್ತರಿಸಬಹುದು. ಈ ಎರಡೂ ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ

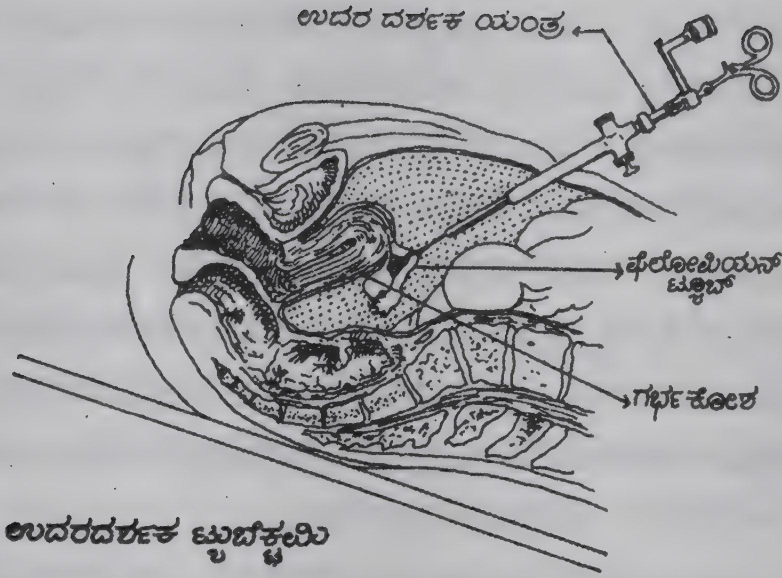


ಚಿತ್ರ ೪೨. ಉದರದರ್ಶಕ ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟಮಿ – ಸಲಕರಣೆಗಳು

ಮಾಡುವಾಗ ಮಹಿಳೆ ಮುಂಗಾಲೂರಿ, ತಲೆಕೆಳಗಾಗುವಂತೆ ಬೋರಲಾಗಿರುವಂತ ಭಂಗಿಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಹಿಡಿಯಬಹುದಲ್ಲದೆ, ನುರಿತ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲೇ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಇವು ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ಉದರ–ದರ್ಶಕ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರವಹಿಸುವ ಬೆಳಕಿನ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ಬಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುವ ತತ್ವಾಧಾರಿತ ನಾರು–ಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನುಗಳು (Fibre Optic Endoscopes) ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಹಲವು ಪ್ರಕಾರಗಳಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಯಾಗುತ್ತಿವೆ. ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟಮಿಗೆ ಅದೀಗ ಅತ್ಯಂತ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿದೆ. (ಚಿತ್ರ ೪೨)

ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯನ್ನು ಹೊಕ್ಕಳದ ಪಕ್ಕದ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ನೀಡಿ ಸಣ್ಣದಂದು ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡುವರು. ಅದರ ಮೂಲಕ ಒಂದು ಸಾಮಾನ್ಯ ಪೆನ್ಸಿಲ್ ಗಾತ್ರದ ದುರ್ಬೀನನ್ನು ಉದರಕೋಳದೊಳಗೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಆವರಣಕ್ಕೆ ತೂರಿಸುವರು. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ಅವಯವಗಳು ಸರಿಯಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಇಂಗಾಲದ ಡೈ ಆಕ್ಸೈಡ್, ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಡ್ ಅಥವಾ ಗಾಳಿಯನ್ನು ಒಂದು ನಿಗದಿತ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಬಿಡಲಾಗುತ್ದೆ. ಮುಂದೆ ದುರ್ಬೀನಿನೊಳಗಡೆ ಬೆಳಕು ಹಾಯಿಸಿ ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಟ್ಯೂಬನ್ನು ಗುರುತಿಸುವರು. ದುರ್ಬೀನಿನೊಳಗಡೆಯೇ ಅಳವಡಿಸಿರುವ ಸಣ್ಣ ಇಕ್ಕಳದಲ್ಲಿ ಮೊದಲೇ



ಚಿತ್ರ ೪೩.

ಜೋಡಿಸಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿದ್ದ ಉಸುಕು ರಬ್ಬರ್‌ನ ಉಂಗುರವೊಂದನ್ನು, ಟ್ಯೂಬಿನ ಸುರುಳಿಯನ್ನು ಜೋಡಿಸಿದ ನಂತರ ಅನಿಲವನ್ನು ಹೊರಗೆ ಬಿಟ್ಟು ದುರ್ಬೀನನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದು ಗಾಯವನ್ನು ಮುಚ್ಚುವರು. (ಚಿತ್ರ ೪೩) ಅದೇ ದಿನ-ಮುಂದಿನ ೪–೬ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮನೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರದ ಒಂದೆರಡು ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರು ತಮ್ಮ ಎಂದಿನ ಕೆಲಸ-ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಸರಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ ವೈದ್ಯರು ಹಾಗೂ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲಿ ಜನಪ್ರಿಯತೆಗಳಿಸಿರುವುದು ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ. ಈ ಯಂತ್ರಗಳ ಬೆಲೆ ದುಬಾರಿಯಾದರೂ ಸರ್ಕಾರದವರು ಅವುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಿದ್ದಾರೆ. ಅದನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಲು ನೂರಾರು ವೈದ್ಯರಿಗೆ ತರಬೇತಿ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅದೀಗ ಅತ್ಯಂತ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಜರುಗತ್ತಿರುವ ಕುಟುಂಬ ನಿಯಂತ್ರಣ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ.

ತೊಡಕುಗಳು : ಉದರ ದರ್ಶಕ ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಕ್ರಮ ಅತ್ಯಂತ ಸರಳ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವೆನ್ನವಂತಿದ್ದರೂ, ಯಾವುದೇ ಪ್ರಮುಖ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯಗಳಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಗಂಭೀರ ರೀತಿಯ ತೊಡಕುಗಳು ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ದುರ್ಭೀನಿನ ನಳಿಕೆಯನ್ನು ತೂರಿಸುವಾಗಲೇ ತಲ್ಲಣದಿಂದ ಹಠಾತ್ ಹೃದಯ ಸ್ತಂಭನವಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಈ ವಿಧಾನದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ಮೊದಲು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರು ಮಹಿಳೆಯನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಬೇಕು. ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಹೃದಯ ದೌರ್ಬಲ್ಯತೆ, ರಕ್ತಹೀನತೆಯಂತಹ

ವ್ಯಾಧಿಗಳಿರುವುದನ್ನು ಈ ಬಗೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆಯ ಮಾನಸಿಕ ಆಂತಕಗಳನ್ನು ಶಮನಗೊಳಿಸಲು ಹಾಗೂ ನೋವುನ್ನು ತಡೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಪ್ರಬಲವಾದ ಶಮನಿಕ ಮುನ್ನೀಡಿಕೆಯ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು (Premedication) ನೀಡುವುದು ಒಳಿತು. ಎಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮಿಗಿಲಾಗಿ ಈ ತರಹೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಏರ್ಪಾಡಾಗಿರುವೆಡೆಗಳಲೆಲ್ಲಾ ತಲ್ಲಣಗೊಂಡವರ ಪುನಃಶ್ಚೇತನಕ್ಕಾಗಿ ಸೂಕ್ತ ಸಲಕರಣೆ, ಮತ್ತು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ನೆರವು ಇರುವಂತೆ ಏರ್ಪಾಡುಗಳಾಗಿರಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಮೊದಲು ಉದರಕೋಶದೊಳಗೆ ತುಂಬಿದ ಅನಿಲಗಳು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳೊಳಗೆ ಸೇರಿ, ಹೃದಯ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮಿದುಳುಗಳೊಳಗೆ ತಲ್ಪಿದಾಗ ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದು.

ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗಡೆ ತೂರಿಸಿದ ದುರ್ಬೀನು ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಕರುಳು ಮತ್ತಿತರ ಅವಯವಗಳನ್ನು ತೂತು ಮಾಡಿ ಅನಾಹುತಗಳಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇವೆ. ಈ ಮೊದಲೇ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಬೇರಾವುದೋ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದ್ದವರಿಗೆ ಈ ಅನಾಹುತದ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚು.

ಮರು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ

ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿಗೊಳಗಾದವರಿಗೆ ಮತ್ತೆ ಮಕ್ಕಳಾಗಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭ ಒದಗಿದರೆ, ಫೆಲೋಪಿಯನ್ ಟ್ಯೂಬ್‌ಗಳ ಮರು ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಲೂ ಬಹುದು. ಆದರೆ ಮತ್ತೆ ಹೊಟ್ಟೆ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆದು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವು ಜಟಿಲ ತರಹೆಯದಾಗಿದ್ದು ವ್ಯಾಸ್‌ಗಳ ಮರು ಹೊಂದಾಣಿಕೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಷ್ಟು ಒಳ್ಳೆಯದಾಗಿಲ್ಲ.

ಕತ್ತರಿಸಿದ ಟ್ಯೂಬ್‌ಗಳೂ ಸಹಾ ಕಾಲಾನಂತರದಲ್ಲಿ ಮತ್ತೆ ಒಂದಾಗಿ ಸೇರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳೂ ಇವೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಫೆಲೋಪಿಯನ್ ಟ್ಯೂಬ್‌ನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲಾಗದಿದ್ದಾಗ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ವಿಫಲವಾಗಬಹುದು ಕೂಡ.

* * * *

೩.೨. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ

ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಹೊರಗಡೆ, ಮೂತ್ರನಾಳ ಆರಂಭವಾಗುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿ ಪುರುಷರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಇರುವ ವಿಶಿಷ್ಟ ರೀತಿಯ ಅವಯವ. ವಯಸ್ಸಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಕೂದಲು ಬೆಳ್ಳಗಾಗುವುದು, ಶ್ರವಣ ಮತ್ತು ದೃಷ್ಟಿ ಮಾಂದ್ಯತೆಗಳಾಗುವಂತೆ ಈ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳೂ ಆ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

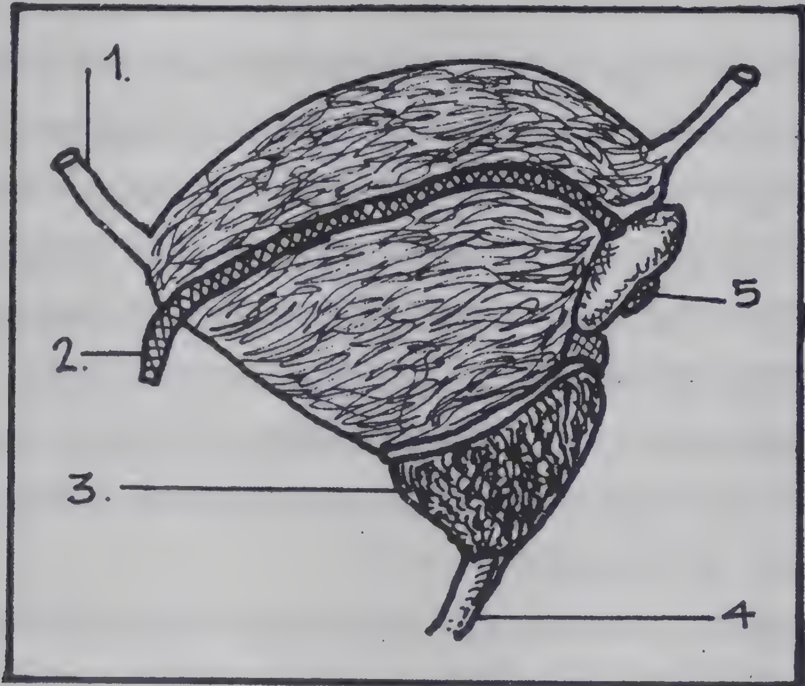
ವೃಷಣಗಳಲ್ಲಿ ತಯಾರಾಗುವ ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಸ್ತ್ರೀಲಿಂಗಕಾರಿ ಬೆದಜನಕ (Oestrogen) ಮತ್ತು ಪುಲ್ಲಿಂಗಕಾರಿ ಟೆಸ್ಟೋಸ್ಟೀರೋನ್ ಎಂಬ ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಾಗುವ ಏರುಪೇರುಗಳೇ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯು ವಯಸ್ಸಾದವರಲ್ಲಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಆದರೂ ಇದೇ ಕರಾರುವಾಕ್ಕಾದ ಕಾರಣವೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಅದರ ಕಾರಣ ಇನ್ನೂ ನಿಗೂಢವಾಗಿಯೆ ಇದೆ.

ಪುರುಷರ ಮಧ್ಯವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಊದಿ ಕೊಳ್ಳಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಸುಮಾರು ೪೦ ವಯಸ್ಸಿನಂತರ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತದ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದಾದರೂ, ಅದರ ಸಂಪೂರ್ಣ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹತ್ತಿಪ್ಪತ್ತು ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಯಬಹುದು. ಸುಮಾರು ೫೦ ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೫೦ರಷ್ಟು ೬೦ ವರ್ಷವಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೬೦ರಷ್ಟು ಹಾಗೂ ೭೦ಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾದವರಲ್ಲಿ ಶೇ. ೭೦ರಷ್ಟು ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ತೊಡಕುಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಭಾರತೀಯರಿಗಿಂತ ಶ್ವೇತ ವರ್ಣೀಯ ಪಾಶ್ಚಿಮಾತ್ಯರಲ್ಲೇ ಈ ರೋಗದ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚು ಎಂದು ತಿಳಿದುಬಂದಿದೆ.

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ಗೆ ತಗುಲುವ ಎಲ್ಲಾ ವ್ಯಾಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಊತದ ಪ್ರಮಾಣವೇ ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನಲ್ಲೂ ಉರಿಯೂತ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳೂ ಆಗಬಹುದಾದರೂ ಅವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆ.

ಊತದ ಪರಿಣಾಮಗಳು (ಚಿತ್ರ ೪೪)

ಮೂತ್ರನಾಳ ಆರಂಭವಾಗುವ ಜಾಗದಲ್ಲೇ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡು ನೆಲೆಯಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನಾ ಕ್ರಿಯೆಯ ನಾನಾ ವಿಧಧ ತೊಡಕುಗಳೇ ಅದರ ಊತದ ಪ್ರಮುಖ ಚಿಹ್ನೆಗಳಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಸಹಜ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನಾ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯ ಸ್ನಾಯುಗಳೂ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಊತದ ಆರಂಭದ ಸಮಯದಲ್ಲುಂಟಾಗುವ ತಡೆಯನ್ನು ನಿವಾರಿಸಿಕೊಂಡು ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಗೆ ವಿಸರ್ಜಿಸಲು ಭಿತ್ತಿಯ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಶಕ್ತಿ ಮೀರಿ ಸಂಕುಂಚನಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತದ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರತಳ್ಳಲು ಸ್ನಾಯುಗಳು ವಿಫಲವಾಗುತ್ತವೆ. ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಶೇಖರವಾಗುತ್ತರುವ ಮೂತ್ರದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೆ ಎಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡಲು ಭಿತ್ತಿಯ ಕವಚಗಳು ಕ್ರಮೇಣ ಸಡಿಲಗೊಂಡು ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಗಾತ್ರ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರ ಮಾಡುವ ಆಕಾಂಕ್ಷೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹಗಲಿನಲ್ಲಿ ಇದು ಹೆಚ್ಚು ಗಮನ ಸೆಳೆಯದಿದ್ದರೂ ರಾತ್ರಿ ಸಮಯ ಮೂತ್ರ ಮೂಡವುದಕ್ಕಾಗಿ ಪದೇ ಪದೇ ಏಳಬೇಕಾಗುವುದರಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ನಿದ್ರಾಭಂಗವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದಾಗಿ



ಚಿತ್ರ ೪೪. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ. ೧. ಮೂತ್ರಕ ನಾಳ, ೨. ವ್ಯಾಸ್ ನಾಳ, ೩. ಊದಿದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ೪. ಮೂತ್ರನಾಳ ೫. ಸೆಮಿನಲ್ ವೆಸಿಕಲ್

ಅದೇ ಮೊದಲ ಬಾರಿಗೆ ರೋಗಿಯೇ ಅಲ್ಲದೆ ಅವನ ಕುಟುಂಬದವರೂ ಸಹಾ ಆ ಬಗೆಗೆ ತೀವ್ರ ಗಮನಹರಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರ ಮಾಡಲು ತರಾತುರಿಯಾದರೂ ಪ್ರಯತ್ನ ಪಟ್ಟಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಸ್ವಲ್ಪವೇ ಮೂತ್ರ ಹೊರಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಅದರ ರಭಸ ಮತ್ತು ಧಾರೆ ಕಡಿಮೆಯಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ಪ್ರಯತ್ನ ಪಟ್ಟಷ್ಟೂ ಮೂತ್ರ ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕಲಾರಂಭಿಸುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮೂತ್ರ-ಕೋಶದಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರ ಪೂರ್ತಿ ಖಾಲಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಪಜೀತಿಯನ್ನು ಅನುಭವಿಸಿದ ವ್ಯಕ್ತಿ ಮುಂದೆ ಮೂತ್ರ ಮಾಡಲು ಅಂಜುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ತರಹದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೆಲವು ತಿಂಗಳುಗಳಿಂದ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳವರೆಗೂ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ಮೂತ್ರಕೋಶವೂ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಕ್ರಮೇಣ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತಾ, ಹೊಕ್ಕಳದ ಮೇಲಿನವರೆಗೂ ವಿಸ್ತರಿಸಿದ್ದರೂ ರೋಗಿಯ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರಲಾರದು. ನಿಧಾನವಾಗಿ ಬದಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹೇಗೋ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾನೆ. ಅಚ್ಚರಿಯ ಸಂಗತಿಯೆಂದರೆ ಮೂತ್ರಕೋಶ ತುಂಬಿದಾಗ ಆಗಾಗ ಹೊರಚೆಲ್ಲುವ ಅಲ್ಪಸ್ವಲ್ಪ ಮೂತ್ರವನ್ನೇ ಸಹಜ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆಯೆಂಬ ಭ್ರಮೆ ಅವನಿಗುಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ ! ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ಶೇಖರವಾದ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮೂತ್ರದ ಒತ್ತಡದಿಂದ, ಕೆಲ ಭಾಗ ಮೂತ್ರಕನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳವರೆಗೂ ಹಿಂದೆ ಸರಿಯುತ್ತಿದ್ದು, ಅವುಗಳ ನಾಶಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುವುದುಂಟು. ಜೊತೆಗೆ ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರ ಲವಣ- "ಯೂರಿಯಾ", ಮತ್ತಿತರ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳು ಪುನಃ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹದೊಳಗೆ ಹೀರಿಕೊಳ್ಳುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಅರೆಪ್ರಜ್ಞಾವಸ್ಥೆಯನ್ನು "ಯುರೀಮೀಯ" ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಮಿತಿಮೀರಿದ ಊತದಿಂದ ಮೂತ್ರನಾಳದ ಮೇಲೆ ಭಾಗಶಃ ಅಥವಾ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಒತ್ತಡ ಉಂಟಾಗಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆ ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಇಲ್ಲವೆ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತಗೊಳ್ಳಬಹುದು. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರನಾಳದೊಳಗೆ ರಬ್ಬರ್ ತೂರ್ನಳಿಕೆಯನ್ನು ತುರ್ತಾಗಿ ತೂರಿಸಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಬಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಮೂಲಕ ಪ್ರವಹಿಸುವ ಮೂತ್ರನಾಳ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮುಚ್ಚಿದಂತಾಗಿ ತೂರ್ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಹಾ ತೂರಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ ಅಂತಹವರಿಗೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೆಗೆದು ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಳಗೆ ತುರ್ತಾಗಿ ತೂರ್ನಳಿಕೆಯನ್ನು ಸೇರಿಸಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಬಿಡುವ ಏರ್ಪಾಡು

ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನಲ್ಲಿ ಊತವಾಗಿರುವವರೆಲ್ಲರೂ ಈ ಹಂತಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಾರೆಂದು ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಯಾವ ಹಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಊತ ಉಂಟಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಅದರಿಂದ ಮೂತ್ರನಾಳದ ಮೇಲಾಗುವ ಒತ್ತಡ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನನುಸರಿಸಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ತೊಡಕುಗಳ ತೀವ್ರತೆ ಕಂಡುಬರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ಅನಿಶ್ಚಿತತೆಗಳಿಂದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಬಹಳಷ್ಟು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಬಾಸವಾದರೂ, ರೋಗಿಗೆ ಅಷ್ಟೇನೂ ಅನಾನುಕೂಲವಾಗುವಂತಹ ತೊಡಕುಗಳು ಕಂಡು ಬರಲಾರವು. ಆದುದರಿಂದಲೇ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಿರುವ ಹತ್ತರಲ್ಲೊಬ್ಬರಿಗೆ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವು ಬೇಕಾಗಬಹುದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ.

ಬಹಳ ಸಮಯ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗದೆ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ, ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಿ ಉರಿಯೂತ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆ ನೋವು, ಉರಿಮೂತ್ರ, ಚಳಿಜ್ವರ ಇತ್ಯಾದಿ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರಕೋಶದಲ್ಲಾಗುವ ರಕ್ತವೇರಿಕೆಯಿಂದ ಕೆಲಸಾರಿ ರಕ್ತ ಮಿಶ್ರಿತ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯೂ ಆಗುವುದುಂಟು.

ಊದಿದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿ ಕುಂದುತ್ತದೆ. ಆದರೂ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಅದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆಯೆಂಬ ಭ್ರಮೆಯುಂಟಾಗಲೂಬಹುದು. ಕೆಲವರು ಇದರಿಂದ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಪೀಡಿಸಿ ಅವಮಾನಕ್ಕೊಳಗಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ವಯಸ್ಕರಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಮೂತ್ರ ಬಂದಾಗುವ ಸಂದರ್ಭಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟರೆ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟಿನ ಊತದಿಂದಾಗುವ ಇತರ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಲಾರವು. ಅದರಿಂದ ಹಲವಾರು ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುದನಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಚಿತ್ರ ೩೪) : ಎಡ ಮಗ್ಗುಲಲ್ಲಿ ಮಲಗಿಸಿದ ರೋಗಿಯ ಗುದನಾಳದೊಳಗೆ ರಬ್ಬರ್ ಗವಸು ತೊಟ್ಟ ಬಲಗೈನ ತೋರುಬೆರಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವರು. ಗುದನಾಳದ ಮುಂಭಾಗದ ಕಡೆ ಬೆರಳಾಡಿಸುವುದರಿಂದ ಊದಿದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟಿನ ಗಾತ್ರ, ಬಾಹ್ಯ ಆಕಾರ--ವಿಕಾರ, ಉಬ್ಬು – ತಗ್ಗು, ಮಿದುತ್ವ – ಗಡುಸುತನ ಮತ್ತು ನೋವಿನ ಪ್ರಮಾಣಗಳನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಬಹುದು.

ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗಿಂತ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿದ್ದು, ಉಬ್ಬು ತಗ್ಗುಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿದ್ದು, ತೀರಾ ಮೆದು ಅಥವಾ ಗಡಸೂ ಆಗಿರದಿದ್ದರೆ, ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಊತ ಉಂಟಾಗಿದೆಯೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು. ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಇತರ ಲಕ್ಷಣಗಳೊಡನೆ ತಾಳೆ ಮಾಡಿ, ರೋಗಿಯ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತ ಎಷ್ಟರ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದೆಂಬುದನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ ಹೆಚ್ಚು ಮಿದುವಾಗಿದ್ದು, ಮುಟ್ಟಿದಾಗ ಹೆಚ್ಚು ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಉರಿಯೂತದಿಂದ ಅದರಲ್ಲಿ ಕೀವುಗಟ್ಟಿದೆಯೆಂದು ಭಾವಿಸಬಹುದು. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳದಿದ್ದರೂ ಕಲ್ಲಿನಷ್ಟು ಪೆಡಸಾಗಿದ್ದರೆ, ಅದು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಲಕ್ಷಣವೆನ್ನಬಹುದು.

ಉಳಿದಿರುವ ಮೂತ್ರ ಅಳತೆ : ರೋಗಿಯು ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಮೂತ್ರ ಮಾಡಿದ ನಂತರ, ಅದರಲ್ಲಿ ಇನ್ನೂ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಮೂತ್ರವನ್ನು ತೂರ್ನಳಿಕೆಯಿಂದ ಹೊರ ತೆಗೆದು ಅಳತೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಉಳಿದಿರುವ ಮೂತ್ರದ ಪ್ರಮಾಣ ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಗುದನಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಗ್ರಂಥಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಿರದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಅದರ ಒಳಹಾಲೆಯ ಊತದಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣ ಮೂತ್ರ ಉಳಿಯಲು ಕಾರಣವೆಂಬುದನ್ನು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು : ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಗಡೆ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು (ಸಿಸ್ಟಾ ಸ್ಕೋಪ್) ತೂರಿಸಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಹಾಲೆಗಳ ಊತವನ್ನು ಒಳಗಿನಿಂದ ವೀಕ್ಷಿಸಬಹುದಲ್ಲದೆ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯಲ್ಲಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನೂ ನೋಡಬಹುದು.

ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಗುಣಹೊಂದಿದ ಎಕ್ಸರೇ – ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕ ನೀಡಿ ತಕ್ಷಣ ತೆಗೆದ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳ (ಐ.ವಿ.ಪಿ) ವೀಕ್ಷಣೆಯಿಂದ, ಊತದಿಂದ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಾದ ಹಾನಿಯನ್ನು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಬಹುದು.

ರಕ್ತ ಪರೀಕ್ಷೆ : ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಇವುಗಳಿಂದ ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದಲ್ಲದೆ, ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗಿರುವ ಯೂರಿಯಾ ಮತ್ತು ಕ್ರಿಯಾಟಿನಿನ್‌ನಂತಹ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬಹುದು.

ಮೂತ್ರ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಯಿಂದ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಮತ್ತು ಡಯಾಬಿಟಿಸ್‌ನಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ.

ಮೂತ್ರನಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆ : ಮೂತ್ರನಾಳಕ್ಕೆ ಹಿಂದೆ ಆಗಿರಬಹುದಾದ ಜಖಂ ಅಥವಾ ಗನೋರಿಯದಂಥ ಗುಹ್ಯರೋಗದಿಂದ ದ್ವಾರ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದನ್ನು ಮೊದಲೇ ಖಚಿತಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತೂರ್ನಳಿಕೆ ಪ್ರಯೋಗ ಅಥವಾ ಎಕ್ಸರೇ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ಮದ್ದಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಿರ್ವಹಣೆ

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟಿನ ಊತದ ಪ್ರಮಾಣಕ್ಕೂ ಪ್ರಕಟವಾಗಿರುವ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ತೊಡಕುಗಳ ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳಿಗೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ನೇರ ಸಂಬಂಧವಿಲ್ಲದಿರುವುದು ಈ ತನಕದ ವಿವರಗಳಿಂದ ವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರಬಹುದು. ಊತದ ಚಿಹ್ನೆಗಳ ಅನುಮಾನ ಉಂಟಾದಾಗಿನಿಂದ, ಅದರ ಪೂರ್ಣ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಖಚಿತವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ವರ್ಷಗಳ ಅಂತರವಿರಲೂ ಬಹುದು. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೊಂದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಖಚಿತವಾದ ಒಂದು ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ರೂಪಿಸುವುದು ಸುಲಭದ ಕೆಲಸವಲ್ಲ. ಚಿಹ್ನೆಗಳ ತೀವ್ರತೆ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯರ ಅನುಭವ ಇಲ್ಲಿ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ವಯಸ್ಸು, ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ, ಊತದಿಂದುಂಟಾಗಿರುವ ಅನಾನುಕೂಲತೆಗಳು, ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರುವ ಅನುಕೂಲತೆಗಳು ಹಾಗೂ ವೈದ್ಯನ ತರಬೇತಿ ಮುಂತಾದವುಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಮೂತ್ರ ಬಂದಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆ ಸೇರಿದವರಿಗೆ ತ್ವರಿತಗತಿಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ-ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುತ್ತದೆ. ತತ್‌ಕ್ಷಣ ತೂರ್ನಳಿಕೆ ಅಥವಾ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯುವುದಕ್ಕೆ ಆದ್ಯತೆ ನೀಡಲಾಗುವುದು. ಮುಂದೆ ನಿಖರವಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಒಂದು ಅಥವಾ ಎರಡು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಬಹುದು. (ಮುಂದೆ ನೋಡಿ)

ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರ ಮಾಡಬೇಕಾಗುವಂಥ ಸರಳ ತೊಡಕುಗಳಿರುವವರನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನೆರವಿಲ್ಲದೇ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದಷ್ಟು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಇದ್ದವರಿಗೆ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ನಡೆಯಬೇಕು. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸಾರಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಮದ್ದಿನ ಇಂಜಕ್ಷನ್ (Raveron) ಮತ್ತು ಆಯುರ್ವೇದ ಮೂಲದ ಗಿಡಮೂಲಿಕೆಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಮಾತ್ರೆ (Prostina)ಗಳನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಕ್ರಮವರಿತು

ಸೇವಿಸುವುದರಿಂದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತವನ್ನು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂಬ ವರದಿಗಳಿವೆ.

ಸಾಂಪ್ರದಾಯಕ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತದ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಹತೋಟಿಗೆ ತರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದವರು ಮತ್ತು ಪದೇ ಪದೇ ಮೂತ್ರ ಬಂದಾಗುವವರಿಗೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ತುರ್ತಾಗಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಬಿಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರಬಿಡುವ ವ್ಯವಸ್ಥೆ ಮಾಡಿ, ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡುವರು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಊದಿಕೊಂಡ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ನಿವಾರಿಸಲು ಹಲವು ತರಹೆಯ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ರೋಗಿಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಊದಿದ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಕೆಲಭಾಗವನ್ನು ಕರಗಿಸಲು ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಗ್ರಂಥಿಗೆ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮುಖಾಂತರ ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಅದರ ಗಾತ್ರವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹೆಚ್ಚು ವಯಸ್ಸಾಗಿ, ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಹದಗೆಟ್ಟಿರುವವರಿಗೆ ಈ ತರಹ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಸೂಕ್ತವಾದುದು. ಕೆಲ ಸಮಯದ ನಂತರ ಊತ ಮರುಕಳಿಸಿದರೆ, ಮತ್ತೆ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ನೀಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ನೀರ್ಗಲ್ಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಮೂತ್ರಕೋಶದೊಳಗಡೆ, ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ನೆಲೆಯಾಗಿರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಶೀತಲ ವಾತಾವರಣವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದರಿಂದ ಗೆಡ್ಡೆ ಕೆಲ ಕಾಲ ಕುಗ್ಗುವಂತೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದಷ್ಟು ಪರಿಣಾಮಗಳಾಗುತ್ತಿಲ್ಲವಾದುದರಿಂದ ಅದೀಗ ಅಷ್ಟು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿಲ್ಲ.

ಮೂತ್ರನಾಳದ ಮೂಲಕ ಕತ್ತರಿಸುವಿಕೆ ((Transurethral Resection):

ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಶಸ್ತ್ರಗಳಿಂದ ಅಳವಡಿಸಿದ ದುರ್ಬೀನನ್ನು ಮೂತ್ರನಾಳದ ಮೂಲಕ ತೂರಿಸಿ, ಅದರ ದ್ವಾರಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟು ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊದಿದ ಭಾಗವನ್ನು ಚೂರು ಚೂರ ಮಾಡಿ ಕತ್ತರಿಸಿ

ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಬಹಳಷ್ಟು ವಯಸ್ಸಾಗಿ ಅಸ್ವಸ್ಥರಾದ ವೃದ್ಧರಿಗೆ ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾಧಾರಣವಾಗಿ ಜರುಗಿಸುವರು. ಗೆಡ್ಡೆ, ಪದೇ ಪದೇ ಬೆಳೆದು ಅಡಚಣೆ ತಲೆದೋರಿದಾಗಲೆಲ್ಲಾ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಜರುಗಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ವಿಶೇಷವಾಗಿ ತರಬೇತಿ ಪಡೆದ ವೈದ್ಯರೇ ಇದನ್ನು ಜರುಗಿಸುವರು.

ತೆರೆದ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ : ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಮುಖಾಂತರ ಮೂತ್ರಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆದು, ಒಳಗೆ ಉಬ್ಬಿ ಬಂದಿರುವ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ, ಬೆರಳುಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಬಿಡಿಸಿ, ಸುಲಿದಂತೆ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಆದರೂ ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಪರಿಣತರು ನಡೆಸಬಹುದಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಾಗಿದ್ದು ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ.

ಮೂತ್ರಕೋಶ ತೆರೆಯದೇ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (Millin's Retropublic Prostatectomy) : ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಕತ್ತರಿಕೆಯನ್ನು ಮಾಡಿದರೂ ಮೂತ್ರಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆಯದೇ ಅದರ ಕತ್ತಿನ ಸುತ್ತಲೂ ಬಿಡಿಸಿ ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಠಿಣ ತರಹೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾವಿಧಾನವಾದರೂ, ಇತರ ವಿಧಾನಗಳಿಗಿಂತ ಒಳ್ಳೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಇದರಿಂದಾಗುತ್ತವೆ. ಇದನ್ನು ಜರುಗಿಸುವುದಕ್ಕೂ ನುರಿತ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಕರು ಮತ್ತು ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಸಲಕರೆಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ.

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದ್ದರೂ ಅವರು ಕೂಡಲೇ ಮೂತ್ರನಾಳದಿಂದಲೇ ಮೂತ್ರ ಹೊರಹೋಗುವಂತೆ ಮಾಡಿರುತ್ತಾರೆ. ತೆರೆದ ಮೂತ್ರಕೋಶ ಮತ್ತು ಮೂತ್ರನಾಳದಲ್ಲೇ ಹರಿದು ಹೋಗಿರುವ ವ್ಯಾಸ್ ನಾಳದ ಮೂಲಕ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕೆಳಗೆ ಪ್ರವಹಿಸಿ ವೃಷಣಗಳನ್ನು ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿಗೀಡು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅದರ ನಿವಾರಣೆಗಾಗಿ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿ ಕತ್ತರಿಸುತ್ತಾರೆ (ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿ). ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಂತರ ರೋಗಿ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು ೧–೨ ವಾರಗಳು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿರಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ಸಮಯ ನಂತರ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದರಿಂದ ಸಾಕಷ್ಟು ರಕ್ತಪೂರಣೆಯ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನು ಮೊದಲೇ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಾಣುಗಳ ಸೋಂಕು ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ತೀರಾ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದು

ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕೆಲಸಮಯ ನೀಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟನ್ನು ತೆಗೆದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರನಾಳ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಿರಿದಾಗಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೂ ಕಷ್ಟ ಕೆಲವರಲ್ಲಾಗಬಹುದು. ಅದನ್ನು ಸಲಕರಣೆಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಹಿಗ್ಗಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿರುವ ಬಿಗಿಸುತ್ತಿಗೂ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗಿ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಹತೋಟಿ ತಪ್ಪಿ, ಮೂತ್ರ ಸದಾ ತೊಟ್ಟಿಕ್ಕುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಕೂಡ ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಸ್‌ನಾಳಗಳು ಹರಿದೋ, ಇಲ್ಲವೇ ವ್ಯಾಸೆಕ್ಟೆಮಿಯಿಂದಲೋ ಮೂತ್ರನಾಳದೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅವರಿಂದ ಮುಂದೆ ಸಂತೋನೋತ್ಪತ್ತಿ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿಗೆ ಕುಂದುಂಟಾಗಲಾರದು.

ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್‌ನ ಊತ ಉಂಟಾಗದಂತೆ ತಡೆಹಿಡಿಯುವ ಉಪಾಯಗಳೇನೂ ಇದ್ದಂತಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅದರ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದಾಗ ವೈದ್ಯರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದೊಂದೆ ಉಳಿದ ಮಾರ್ಗ.

* * * *

೩೩. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್

ಹೆರಿಗೆ, ಪ್ರಕೃತಿ ನಿಯಮಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟ ಒಂದು ಸಹಜ ಕ್ರಿಯೆ. ಪ್ರತಿದಿನ ಲಕ್ಷಾಂತರ ಹೆರಿಗೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗಳಾಗದೆ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಜರುಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಆದರೂ ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗಿ, ಹೆರಿಗೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗಬಹುದು. ಕೆಲಸಾರಿ ತಾಯಿ-ಮಗು ಇಬ್ಬರ ಪ್ರಾಣ ಹಾನಿಯಾಗಬಹುದು ; ಇಲ್ಲವೆ ಇಬ್ಬರೂ ವಿಕೃತರಾಗಬಹುದು.

ಭದ್ರ ಮೂಳೆಗಳಿಂದ ಆವೃತವಾಗಿರುವ ತಾಯಿಯ ಸೊಂಟದ ಒಳಾವರಣ ವಸ್ತಿಕುಹರ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದು, ಶಿಶುವು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದಿರುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಹೆರಿಗೆಯ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳು ಸಹಜಗತಿಯಲ್ಲಿ ಸುಸೂತ್ರವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಯದಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆ ಅಸಾಧ್ಯವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅವರಿಗೆ ಸೂಲಗಿತ್ತಿ ಅಥವಾ ವೈದ್ಯರ ನೆರವು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಹಿಂದಿನ ಕಾಲಗಳಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ಕಷ್ಟವಾದಾಗ ತಾಯಿಯನ್ನಾದರೂ ಬದುಕಿಸುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಕೆಲವು ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿನ ಶಿಶುವನ್ನು ತುಂಡು-ತುಂಡು ಮಾಡಿ ಹೊರಗೆಳೆದು ತೆಗೆಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಗರ್ಭಕೋಶದೊಳಗೆ ಕೈತೂರಿಸಿ, ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿರುವ ಶಿಶುವಿನ ಭಂಗಿಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿ ಹೊರಗೆಳೆಯುವುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಇಕ್ಕಳದಂತಹ ಉಪಕರಣಗಳನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಶಿಶುವನ್ನು ಹಿಡಿದೆಳೆದು ತೆಗೆಯುವಂಥ ಸ್ವಲ್ಪ ನಾಜೂಕಿನ ಕ್ರಮಗಳು ನಂತರ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದವು. ಈಗಲೂ ಕೆಲವು ಅನಿವಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧಾನಗಳ ಮೊರೆ ಹೋಗಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕ್ರಮಗಳ ಅನುಸರಣೆಯಿಂದ ತತ್‌ಕ್ಷಣದ ಕಷ್ಟ ಗಳು ಪರಿಹಾರವಾಗಬಹುದಾದರೂ, ತಾಯಿ-ಮಗು ಅಥವಾ ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಅಂಗ ನ್ಯೂನತೆಗಳಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ, ಹೆರಿಗೆ ಬಹಳ ಕಷ್ಟವೆನಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಶಿಶುವನ್ನು ಸುರಕ್ಷಿತವಾಗಿ ಹೊರಗೆ ತೆಗೆಯುವ ವಿಧಾನ "ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್" ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಆಚರಣೆಯಲ್ಲಿದೆ.

ಇತಿಹಾಸ

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಪುರಾತನವಾದುದೆಂಬ ಪ್ರತೀತಿ ಇದೆ. ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲು ಅಂಥ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಯಾರು, ಯಾವಾಗ ಮಾಡಿದರೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಖಚಿತ ಪುರಾವೆಗಳಿಲ್ಲ. ಪರ್ಷಿಯಾ ದೇಶದ ವೀರಾಗ್ರಣಿ ರುಸ್ತುಂ (ಸುಮಾರು ಕ್ರಿಪೂ. ೫೦೦೦) ಮತ್ತು ಗ್ರೀಸ್‌ನ ಚಕ್ರವರ್ತಿ ಜೂಲಿಯಸ್ ಸೀಸರ್ (ಕ್ರಿಪೂ. ೧೦೧-೪೪), ಇವರುಗಳ ಜನನ ಈ ವಿಧಾನಗಳಿಂದಲೇ ಆಗಿದ್ದವೆಂಬ ಪುರಾಣದ ಕತೆಗಳಿವೆ. ವೀರ ಪುರುಷರು "ಅಯೋನಿಜ"ರೆನ್ನು ಹೆಗ್ಗಳಿಕೆಗಾಗಿ ಇಂತಹಾ ಕಟ್ಟು ಕತೆಗಳನ್ನು ಹೆಣೆದಿದ್ದರೆಂಬ ಅನುಮಾನಗಳೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಪ್ರಖ್ಯಾತ ರಾಜ-ಮಹಾರಾಜರ ಆಳ್ವಿಕೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ಕೆಲವು ಕಾನೂನು-ಕಟ್ಟಳೆಗಳನ್ನು ಅವರ ನಾಮಾಂಕಿತದಿಂದಲೇ ಕರೆಯುವುದು ಸಹಾ ವಾಡಿಕೆಯಾಗಿತ್ತು. ಭೂಕಂದಾಯವನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ "ಶಿವಪ್ಪ ನಾಯಕನ ಶಿಸ್ತು" ಇನ್ನೂ ಜನಮನದಲ್ಲಿ ಹಸಿರಾಗಿರುವುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಸ್ಮರಿಸಬಹುದು. ಯಾರಾದರೂ ಗರ್ಭಿಣಿಯರು ಅಕಾಲ ಮರಣಕ್ಕೆ ತುತ್ತಾದರೆ, ಅವರ ಹೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಬಗೆದು ಶಿಶುವನ್ನು ತೆಗೆದು ಬದುಕಿಸಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕೆಂಬ ಕಟ್ಟಾಜ್ಞೆ ಸೀಸರ್ ಚಕ್ರವರ್ತಿಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದು "Lex Caesarea" – ಎಂಬ ಕಾನೂನೇ ಮುಂದೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಆಯಿತೆಂಬ ವಾದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಬೆಂಬಲವಿದೆ. ಇಂತಹ ನಿಯಮಗಳು ಹಿಂದೆ ಈಜಿಪ್ಟ್ (ಕ್ರಿ.ಪೂ. ೩೦೦೦) ಭಾರತ (ಕ್ರಿ.ಪೂ. ೧೫೦೦ಗಳಲ್ಲೂ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದವೆಂಬುದಕ್ಕೆ ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ.

"ಕ್ರಿ.ಶ. ೧೫೦೦ರ ಒಂದು ದಿನ ಜೇಕಬ್ ನ್ಯೂಫರ್ ಎಂಬ ಹಂದಿ ಗೊರವನ ಪತ್ನಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಶುರುವಾಯಿತು. ಒಂದರೆಡು ದಿನಗಳಾದರೂ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಲೇ ಇಲ್ಲ. ಅವಳಂತೂ ವಿಪರೀತ ಒದ್ದಾಡಿ, ರೋದನ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದಳು. ಆ ನಗರದಲ್ಲಿದ್ದ ಹದಿಮೂರು ಜನ ಸೂಲಗಿತ್ತಿಯರು ತಮ್ಮ ಕೈ ಚಳಕ ತೋರಿಸಿದರೂ ಆಕೆಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸಲಾಗಲಿಲ್ಲ. ಮೂತ್ರ ಕೋಶದ ಕಲ್ಲು ತೆಗೆಯುವ ನಿಷ್ಣಾತರೂ ಸಹಾ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಿ ನೋಡಿದರು, ಪ್ರಯೋಜನವಾಗಲಿಲ್ಲ. ಪತ್ನಿಯ ಬೇಗುದಿಯನ್ನು ನ್ಯೂಫರ್ ಸಹಿಸಲಾರದಾದ. ನಗರದ ಮೇಯರ್‌ನ ಅಪ್ಪಣೆ ಪಡೆದುಕೊಂಡ. ಆಕೆಯ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಚಾಕುವಿನಿಂದ ಬಗೆದು ಮಗುವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದ. ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಡಕುಗಳಿಲ್ಲದೆ ಅವಳು ಚೇತರಿಸಿಕೊಂಡಳು. ಮುಂದೆ ಒಂದು ಜೊತೆ ಅವಳಿಗಳೂ ಸೇರಿದಂತೆ ಏಳು ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಯಾವ ತೊಡಕುಗಳೂ ಇಲ್ಲದೆ ಜನನದ್ವಾರದ ಮೂಲಕವೇ

ಹಡೆದಳು. ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದ ಗಂಡು ಮಗು ಮುಂದೆ ೭೭ ವರ್ಷಗಳ ತುಂಬು ಜೀವನ ನಡೆಸಿದ್ದ !" ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ನ ಇತಿಹಾಸದ ಬಗೆಗೆ ಜೆ.ಎಚ್. ಯಂಗ್ ೧೯೪೪ರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಿದ ಗ್ರಂಥದಲ್ಲಿ ಉಲ್ಲೇಖವಿದು. ೧೬–೧೭ನೆಯ ಶತಮಾನಗಳಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟಕರ ಹೆರಿಗೆಯ ಯಾತನೆ ಸಹಿಸಲಾರದೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ಗೂಳಿಗಳ ಕೊಂಬುಗಳಿಂದ ತಿವಿಸಿಕೊಂಡೋ, ಇಲ್ಲವೆ ಚಾಕುವಿನಿಂದ ಇರಿದುಕೊಂಡೋ ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆದುಕೊಂಡ ಮಹಿಳೆಯರ ದಾಖಲೆಗಳಿವೆ.

ಬ್ರಿಟನ್ನಿನ ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಿದ ಕೀರ್ತಿ ಜೇಮ್ ಬಾರ್ಲೋ (೧೭೯೩)ಗೆ ಸಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಅಂದಿನಿಂದ ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲೆಡೆ ಇಂಥಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಜರುಗುತ್ತಿದ್ದವು. ಆದರೆ ನೋವಿನಿಂದಾಗುತ್ತಿದ್ದ ತಲ್ಲಣ, ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಅಥವಾ ಕೀವಾಗುವುದರಿಂದಲೋ ಬಹುಪಾಲು ಜನ ಸಾಯುತ್ತಿದ್ದರು. ಜರ್ಮನಿಯ ಸಾಂಗರ್ (೧೮೮೨) ಸೀಳಿದ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಲಿದು ಕೂಡಿಸುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದನು. ಆ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಜಾರಿಗೆ ಬಂದ ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿ, ಆ್ಯಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ತತ್ವಗಳ ಅನುಸರಣೆಯಂತಹ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ವಿಧಾನಗಳ ವ್ಯಾಪಕ ಬಳಕೆ, ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ನ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳಿಗೆ ನಾಂದಿ ಹಾಡಿದವು. ಮುಂದೆ ಫ್ರಾಂಕ್, ಕ್ರೋನಿಗ್, ಮನ್ರೋಕೆರ್ ಮೊದಲಾದವರು ಈ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಹಲವಾರು ಉಪಯುಕ್ತ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೆ ತಂದರು. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಮುಕ್ಕಾಲು ಪಾಲು ಜನ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದುದು. ಈಗ ಸಾವಿರದಲ್ಲೊಬ್ಬರು ಸಾಯಬಹುದಾದ ಹಂತವನ್ನು ತಲ್ಪಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ದಿನೇ ದಿನೇ ಏರುತ್ತಿರುವ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವುದೇ ವೈದ್ಯ ಲೋಕದ ಸಮಸ್ಯೆಗಳಲ್ಲೊಂದಾಗಿದೆ !

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ – ನಿರ್ಧಾರ ಹೇಗೆ ?

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡುವ ನಿರ್ಧಾರ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ತೆರದಲ್ಲಿ ಆಗುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ ಶುರುವಿನಿಂದಲೂ ವೈದ್ಯರ ಕ್ರಮವರಿತ ತಪಾಸಣೆಯುಲ್ಲಿದ್ದು ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಅಡೆತಡೆಗಳಾಗಬಹುದಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುವವರು ಒಂದು ವರ್ಗ. ಅವರನ್ನು ಹೆರಿಗೆಯ ಅಂದಾಜಿನ ತಾರೀಖಿಗೆ ಕೆಲವು ದಿನಗಳ ಮೊದಲೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಿಕೊಳ್ಳಲಾಗುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯರೂ, ಸಿಬ್ಬಂದಿ

ಮತ್ತು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ಪೂರ್ವ ಸಿದ್ಧತೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸಲು ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಿ ನೋಡುತ್ತಾರೆ. ಅದು ವಿಫಲವಾದಲ್ಲಿ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಮೊದಲೇ "ನಿಶ್ಚಯಿಸಿಕೊಂಡ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ (Elective Caesarian) ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವೈದ್ಯರ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿರದೆ. ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಶುರುವಾಗಿ, ಅಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗದೆ ಕಡೇ ಗಳಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಬರುವವರದ್ದು ಇನ್ನೊಂದು ವರ್ಗ. ಕೂಡಲೇ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯಾಗದಿದ್ದರೆ, ಮಗು ಅಥವಾ ತಾಯಿಗೆ ಅಪಾಯ ಉಂಟಾಗುವ ಸೂಚನೆಗಳೂ ಇರಬಹುದು. ಅಂತಹವರಿಗೆ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ – "ತುರ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್" (Emergency Caesarian) ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ಗೆ ಕೆಲವು ನಿಖರವಾದ ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳೂ ಇರುತ್ತವೆ (Absolute Indications). ಅಂತಹವರಿಗೆ ಅವರೂ ಯಾವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿದ್ದರೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡದೇ ಬೇರೆ ಗತ್ಯಂತರವಿಲ್ಲ. ಇನ್ನ ಕೆಲಸಾರಿ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆ ಜರುಗುತ್ತರುವ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಉದ್ಭವಿಸುವ ತೊಡಕುಗಳಿಂದ ಸಾಂದರ್ಭಿಕವಾಗಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುವ ನಿರ್ಧಾರ (Relative Indications) ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು.

ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳೇನು ?

ಎಳೆ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿದ್ದ ಮಹಿಳೆಯರ ಮೂಳೆಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕುಂಠಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರ ವಸ್ತಿಕುಹರ ಬಹಳ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಸಂಕುಚಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇವರ ಜನನ ದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ ಸಹಜ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಶಿಶುವಿನ ಹೆರಿಗೆ ಕಷ್ಟಕರವಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ನಮ್ಮ ಜನರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಸ್ಥಿತಿ ಸುಧಾರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಅಪರೂಪವಾಗಿರುತ್ತಿರುವುದು ಆಶಾದಾಯಕ ಸಂಗತಿ. ಬದಲಾಗಿ ತಾಯಿಯ ವಸ್ತಿಕುಹರ ಸರಿಯಾಗಿದ್ದು ಶಿಶುವಿನ ಶಿರವೇ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರಬಹುದಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ಇಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳನ್ನು "ಕಟಿ–ಶಿರ ಅಸಮಾನತೆ" (Cephalo Pelvic Disprporation) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ಶಿಶುವಿನ ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿಯ ಮೂಲಕ ತಾಯಿಯ ಗರ್ಭಕೋಶದ

ಭಿತ್ತಿಗೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ನಿಲುಗಟ್ಟಿಗೆ "ಸತ್ತೆ" ಅಥವಾ "ಮಾಸು" (Placenta) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಹಿರಿ-ಕಿರಿಯ ರಕ್ತನಾಗಳ ಈ ಹೆಣಿಗೆ ಸ್ಪಂಜಿನಂತಿರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮಾಸು ಗರ್ಭಕೋಶದ ಮೇಲು ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಶಿಶುವಿನ ಜನನದ ನಂತರ ಅದು ಗರ್ಭಕೋಶದಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತ ಮುದ್ದೆಯಂತೆ ಹೊರಬೀಳುತ್ತದೆ. ಅದು ಕೆಲಸಾರಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕೆಳಗಡೆ ವಿವಿಧ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರಲೂಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶಿಶು ಹೊರಬರುವುದಕ್ಕೆ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಮತ್ತೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಶಿಶು ಹೊರಬರುವ ಮೊದಲೇ ಮಾಸು ಗರ್ಭಕೋಶದಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತದೆ. "ಪ್ಲಾಸೆಂಟಾ ಪ್ರೀವಿಯಾ" ಎಂದು ಕರೆಯಲಾಗುವ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ತಾಯಿ-ಮಗು ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಕಂಟಕಕಾರಿ. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಕೆಲವು ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ ವೈದ್ಯರು ಇದನ್ನು ಗುರುತಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಯಂತ್ರದ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ನಾಲ್ಕಾರು ತಿಂಗಳ ಹಿಂದೆಯೇ ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೀಗೆ ಮೊದಲೇ ಪ್ಲಾಸೆಂಟಾ ಪ್ರೀವಿಯಾವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದಾಗ, ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸಮಯವನ್ನು ನಿಗದಿ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಪತ್ತೆಯಾದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತುರ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಶುರುವಾದ ನಂತರ ಗರ್ಭಕೋಶ ಸಹಜ ಗತಿಯಲ್ಲಿ ಹಾಗೂ ಕ್ರಮವರಿತು ಸಂಕುಚಿತವಾಗದಿರುವುದುಂಟು (Dystocia). ಹೆರಿಗೆ, ದಿನಗಟ್ಟಲೇ ವಿಳಂಬವಾಗಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆಯ ಗತಿಯನ್ನು ಚುರುಕುಗೊಳಿಸಲು ಕೆಲಸಾರಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಮದ್ದುಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡಿದರೂ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿ ಅವಕ್ಕೂ ಸ್ಪಂಧಿಸದಿರುವುದುಂಟು. ಇದರಿಂದಲೂ ತಾಯಿ ಮತ್ತು ಶಿಶು ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಅಪಾಯವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಭಂಗಿ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಡ್ಡಾದಿಡ್ಡಿಯಾಗಿರಬಹುದು. ಅದು ಪೂರ್ತಿ ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಮಲಗಿರಬಹುದು. ಕೈ, ಕಾಲು, ಕಣ್ಣು, ಹುಬ್ಬು, ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿ ಮುಂತಾದ ಭಾಗಗಳೇ ಮೊದಲು ಹೊರಗೆ ಬರುವಂತಿರಬಹುದು. ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಕಾಯುವುದು ತಾಯಿ ಮಗು ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಕಷ್ಟಕರ ಮತ್ತು ಅಪಾಯಕಾರಿ ಕೂಡ. ಅದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮಗುವಿನ ಸೊಂಟವೇ

ಮೊದಲು ಹೊರಗೆ (Breech presentation) ಬರುವಂತಿದ್ದರೆ ಹೆರಿಗೆ ಅತ್ಯಂತ ಕಷ್ಟವಾಗಬಹುದು. ಈ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ.

ಗರ್ಭಿಣಿಗೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ನಂಜುನೆತ್ತರು (Toxaemia) ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯ ವಿಫಲತೆ, ಮುಂತಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿದ್ದಾಗ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ಬಹಳ ಸಮಯ ಕಾಯುವುದು ಅಪಾಯಕರ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದಾದ ಸಮಯವನ್ನು ಮೊದಲೇ ನಿಗದಿ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಜರುಗಿಸುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ. ಡಯಾಬಿಟಿಸ್ ಇರುವವರ ಮಗು ದಿನ ತುಂಬುವ ಮೊದಲೇ ಬಹಳಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿ ಬೆಳೆಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವುದರಿಂದ ೩೭ನೇ ವಾರದ ಹೊತ್ತಿಗೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡುವುದೊಳಿತು.

ಗರ್ಭಕೋಶ, ಗರ್ಭಕಂಠ, ಜನನ ದ್ವಾರ, ಮೂತ್ರಕೋಶ, ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಹಿಂದೆ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣಕ್ಕಾಗಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿದ್ದರೆ ಅವರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಈ ಅವಯವಗಳಿಗೆ ಮತ್ತೆ ಅಪಾಯವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲೂ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆಗಾಗಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ಕಾಯದೇ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುವುದು ಸಾಧುವೆನಿಸುತ್ತದೆ. ಅದೇ ರೀತಿ ವಸ್ತಿಕುಹರದಲ್ಲಿರುವ ಗರ್ಭಕೋಶ, ಅಂಡಾಶಯ ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿದ್ದರೆ, ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಅವು ಅಡ್ಡ ಬರಬಹುದು. ಪೂರ್ವ ನಿಯೋಜಿತ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಇವರಿಗೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಹಿಂದೆ ಎರಡು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆದವರ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕಲೆ ಬಹುಬೇಗ ಸಡಿಲವಾಗಿ ಒಡೆಯುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಮೂರನೆ ಸಾರಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದವರಿಗೆ ನಿಯೋಜಿತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಿ, ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ (ಟ್ಯೂಬೆಕ್ಟೆಮಿ) ಮಾಡುವುದು ಸೂಕ್ತ ಎನ್ನುವುದು ತಜ್ಞರ ಅಭಿಮತ.

ಮೂವತ್ತು – ಮೂವತ್ತೈದು ವರ್ಷಗಳನ್ನು ದಾಟಿದ ಮಹಿಳೆ ಮೊದಲ ಸಾರಿ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದಾಗ ಆಕೆಗೆ ಸಹಜ ರೀತಿಯ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾಗದು. ಅವರಿಗೆ ಹೆರಿಗೆಯ ಗತಿ ವಿಳಂಬವಾಗತೊಡಗಿದರೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಜರುಗಿಸಲು ತಯಾರಾಗಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ತುರ್ತು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್

ಇನ್ನು, ಅತ್ಯಂತ ತುರ್ತಾಗಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗುವ

ಸಂದರ್ಭಗಳತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸೋಣ.

ಇವರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚುಮಂದಿಗೆ ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಮನೆಯಲ್ಲೇ ಶುರುವಾಗಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ಕಳೆದಿರುತ್ತದೆ. ಹೆರಿಗೆ ನೋವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲೇ ಆರಂಭವಾದ ಕೆಲವರಿಗೂ ಹೆರಿಗೆ ಬಹಳ ವಿಳಂಬವಾಗಬಹುದು. ಹೆರಿಗೆಯ ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಶಿಶುವಿನ ಹೃದಯಬಡಿತ ಬಹಳ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು, ಇಲ್ಲವೇ ತೀರಾ ಕಡಮೆಯಾಗಬಹುದು. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ "ಶಿಶುವಿನ ಬೇಗುದಿ" (Foetal Distress) ಎನ್ನುವರು. ಶಿಶುವಿನ ಸುತ್ತಲಿರುವ ನೀರಿನ ಚೀಲ "ಉಲ್ಬ" (Amniotic Sac) ಮೊದಲೇ ಹರಿದು ನೀರು ಹೊರ ಹೋಗಿದ್ದು, ಶಿಶುವಿನ ಗುದದ್ವಾರದಿಂದ ಮಲ ಒಸರುವುದು ಸಹಾ ಕಾಣಬಹುದು. ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮುಂದುವರಿದರೆ ಶಿಶುವಿಗೆ ಪ್ರಾಣಾಪಾಯ ಖಚಿತ. ಬದುಕಿ ಉಳಿದರೂ, ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಮುಂದೆ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲಾರವು.

ಇದೇ ರೀತಿ ಹೆರಿಗೆ ಬಹಳ ಸಮಯ ಮುಂದುವರಿದಾಗ, ತಾಯಿಯ ನಾಡಿ ಮಿಡಿತವೂ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾಗಬಹುದು. ಇದನ್ನು "ತಾಯಿಯ ಬೇಗುದಿ" (Maternal Distress) ಎನ್ನುತ್ತಾರೆ. ಈ ಎರಡೂ ಬೇಗುದಿಯ ಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ ಅತಿ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಿಂದ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷೆನ್ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ತಾಯಿ ಅಥವಾ ಮಗುವನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

ನೀರಿನ ಚೀಲ ಒಡೆದು ೨೪ ಗಂಟೆಗಳ ನಂತರವೂ ತಾಯಿ–ಮಗುವಿನ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವಂತಿದ್ದರೂ ಸಹಜ ರೀತಿಯ ಹೆರಿಗೆಗೆ ಇನ್ನೂ ಕಾಯುವುದು ಸರಿಯಲ್ಲ. ಉಲ್ಬ ಒಡೆದಾಗಿನಿಂದಲೂ ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಸಂಪರ್ಕ ಪಡೆದಿರುವ ಶಿಶುವಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಬಹುಬೇಗ, ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಅದು ಮುಂದೆ ತಾಯಿಗೂ ಅಂಟುತ್ತದೆ. ಹೀಗಾಗಿ ಇಬ್ಬರಿಗೂ ಅನಾಹುತ ತಪ್ಪಿದ್ದಲ್ಲ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಬಹು ಬೇಗ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಜರುಗಿಸುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಲ್ಲಿ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ತುರ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಅದಕ್ಕೆ ಹಗಲು–ರಾತ್ರಿಗಳ ಸಮಯಾಸಮಯಗಳೆಂಬ ವ್ಯವಧಾನಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ವಿದ್ಯುಚ್ಛಕ್ತಿ ಇರದಿದ್ದರೆ ಟಾರ್ಚ್‌ಲೈಟ್ ಬಳಸುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಇಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಿಗಾಗಿ ಕೃತಕ ವಿದ್ಯುತ್ ಘಟಕಗಳ ಏರ್ಪಾಡಿರುತ್ತದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗಾಗಿಯೇ ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸಿದ ಒಂದೆರಡು ಸೆಟ್ ಉಪಕರಣ ಮತ್ತು ಬಟ್ಟೆಬರೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಕಾದಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ.

ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಬೇರೆ ತುರ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಣಿಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದರೂ ಅದನ್ನು ಮುಂದೂಡಿ, ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗೆ ಎಡೆಮಾಡಿಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಇದೊಂದು ತುರ್ತಿನಲ್ಲಿ ಅತಿ ತುರ್ತಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಎಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ :

ಅರಿವಳಿಕಾ ಪದ್ಧತಿಯ ಉಗಮ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವ್ಯಾಪಕ ಬಳಕೆಗೆ ಕಾರಣವಾಯಿತು. ಕೇವಲ ಒಬ್ಬರೇ ವೈದ್ಯರಿರುವ ತಾಲ್ಲೂಕು ಮಟ್ಟದ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲೂ ನೋವಾಗದಂತೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಲು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಬೆನ್ನು ಹುರಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕಾ ಮದ್ದನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕ ನೀಡುವುದರಿಂದ (Spinal Anaesthesia) ಹೊಟ್ಟೆಯ ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನ ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸಲು ಇನ್ನೊಬ್ಬ ಸಹಾಯಕ ವೈದ್ಯರ ನೆರವು ಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನುರಿತ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಜ್ಞರೇ ಇದರ ಪ್ರಯೋಗ ಮಾಡುವುದು ಕ್ಷೇಮಕರ. ಆದರೂ, ಈಗ ತಜ್ಞರು ಲಭ್ಯವಿರದೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ನುರಿತ ದಾದಿಯರೇ ಈಥರ್ ಎಂಬ ಅನಿಲವನ್ನು ಪ್ರಯೋಗಿಸಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರಜ್ಞಾಹೀನಳನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದ ದೂರದ ಹಳ್ಳಿಗಾಡುಗಳಲ್ಲಿ ಕಷ್ಟದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಸಾವಿರಾರು ತಾಯಿ–ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಲು ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಕ್ಕಳಿನ ಕೆಳಗೆ ಸುಮಾರು ಆರು ಅಂಗುಲ ಉದ್ದದ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನವನ್ನು ಬಹುಪಾಲು ವೈದ್ಯರು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿನ ಕಲೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಸಹ್ಯವೆನಿಸಬಹುದಾದರಿಂದ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಮಧ್ಯಭಾಗದಲ್ಲಿ ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ ಜಾರಿಗೆ ಬರುತ್ತಿದೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆದಾಕ್ಷಣ ಉಬ್ಬಿದ ಗರ್ಭಕೋಶ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಮೂತ್ರಕೋಶ ಮತ್ತು ಸುತ್ತಲಿಸುವ ಕರುಳುಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ನಂತರ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ತೆರೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಎರಡು ವಿಧಗಳಲ್ಲಿ ಮಾಡಬಹುದು. ಗರ್ಭಕೋಶದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಉದ್ದನೆಯ ಕತ್ತರಿಕೆ ಮಾಡುವುದು ಪರಂಪರಾನುಗತವಾಗಿ ಜಾರಿಯಲ್ಲಿದ್ದ ಪದ್ಧತಿ – (Classical Caesarian). ಇದರಿಂದ ಗರ್ಭಕೋದಲ್ಲಾಗುವ ಕಲೆ ಹೆಚ್ಚು ಭದ್ರವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ನೆಣಮಾಲೆ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಸುರುಳಿಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಈ ಕಲೆಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು ಮುಂದೆ ಕೆಲವು ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗಬಹುದು. ಮುಂದಿನ

ಹೆರಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಸಂಕುಚನ-ವಿಕಸನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಲೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹರಿದುಕೊಂಡು ಅನಾಹುತಕ್ಕೆಡೆ ಮಾಡಿಕೊಡಬಹುದು. ಈ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಇಂಥ ಕತ್ತರಿಕೆಯ ವಿಧಾನವನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಬಳಸಲಾಗುತ್ತಿಲ್ಲ. ಬದಲಾಗಿ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಕೆಳಭಾಗವನ್ನು ಅಡ್ಡಲಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸುವ (Lower Segment Caesarian) ವಿಧಾನ ಈಗ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ಹೆರಿಗೆ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಸ್ಥಗಿತ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಈ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಾಗುವ ಕಲೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಬಿಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳುವುದಿಲ್ಲ.

ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ತೆರೆದಾಕ್ಷಣ ಶಿಶುವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ನೀರಿನ ಚೀಲ - ಉಲ್ಫ (ಅದಿನ್ನೂ ಒಡೆದು ಕೊಂಡಿರದಿದ್ದರೆ) ಗೋಚರಿಸುತ್ತದೆ. ಅದನ್ನು ಕತ್ತರಿಸಿದಾಕ್ಷಣ ನೀರು ಜಲ್ಲೆಂದು ಹೊರ ಚೆಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಕಾಣುವ ಶಿಶುವನ್ನು ನಿಧಾನವಾಗಿ ಎತ್ತಿ ಹೊರತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. ಗರ್ಭಕೋಶದ ಮಾಸುವಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಹೊಕ್ಕಳ ಬಳ್ಳಿಗೆ ಎರಡೂ ಕಡೆ ಇಕ್ಕಳ ಳವಡಿಸಿ ಕತ್ತರಿಸುವರು. ಶಿಶುವನ್ನು ಸ್ವೀಕರಿಸುವ ಸಲುವಾಗಿ ಸಿದ್ಧತೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ನಿಂತಿರುವ ದಾದಿಗೆ ಅದನ್ನು ಕೊಡುವರು. ಅಲ್ಲಿ ಇರುವ ಇತರ ಸಿಬ್ಬಂದಿಗಳು ಅಥವಾ ತಜ್ಞವೈದ್ಯರು ಶಿಶುವಿನ ಉಸಿರಾಟ, ಹೃದಯಬಡಿತ ಮತ್ತಿತರ ಚಟುವಟಿಕೆಗ ಕಡೆ ಗಮನಹರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಅಪಾಯದ ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಶಿಶುಗಳ ಮರು ಚೇತನಕ್ಕೆ (Resuscitation) ವಿಶೇಷವಾಗಿ ಗಮನ ಹರಿಸಲು ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ಕೆಲಸಾರಿ ಹಾಜರಿರುತ್ತಾರೆ.

ಇತ್ತ ಗರ್ಭಕೋಶಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವ ಸೆತ್ತೆಯನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸುವ ಕಾರ್ಯ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತದೆ. ಅದು ಸುಲಭವಾಗಿ ಬೇರ್ಪಡಲು ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ವಿಶೇಷ ತರಹೆ ಮದ್ದುಗಳನ್ನೂ ಆಗಲೇ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ರಕ್ತಸ್ರಾವ ಕಡಿಮೆಯಾದ ನಂತರ ಕತ್ತರಿಸಿದ ಗರ್ಭಕೋಶದ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಮೂರು ಪದರಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಲಿದು ಜೋಡಿಸುತ್ತಾರೆ. ಮುಂದೆ ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯ ಭಿತ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಲಿಗೆಗಳಿಂದ ಮುಚ್ಚುತ್ತಾರೆ.




ಚಿತ್ರ ೪೫. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಹಂತಗಳು

ಬಾಣಂತಿಗೆ ಮುಂದಿನ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಲವಣಾಂಶ ಭರಿತ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ದ್ರಾವಣ, ಜೀವಿರೋಧಕ ಮತ್ತು ನೋವು ಉಪಶಮನಕಾರಿ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ಕ್ರಮವರಿತು ನೀಡುತ್ತಾರೆ. ಅಗತ್ಯವಿದ್ದವರಿಗೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಅಥವಾ ನಂತರ ರೋಗಿಗೆ ಸರಿಹೊಂದುವ ಗುಂಪಿನ ರಕ್ತ ಸಂಯೋಜನೆ ಮಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರ ಹೊಲಿಗೆ ತೆಗೆದು ರೋಗಿಯನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡಬಹುದು.

ಒಮ್ಮೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್, ಯಾವಾಗಲೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ?

ಒಂದು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ನಿಂದ ಹೆರಿಗೆಯಾದವರಿಗೆ ಮುಂದಿನ ಸಾರಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಗುತ್ತದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲೇ ಅಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ವೈದ್ಯರಲ್ಲೂ ಇರುವಂತಿದೆ. ಈ ಲೇಖನ ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಉಲ್ಲೇಖಿಸಿದ

ಜೇಕಬ್ ನ್ಯೂಫರ್‌ನ ಹೆಂಡತಿಯ ಪ್ರಕರಣ ಈ ಅನುಮಾನಕ್ಕೆ ಪರಿಹಾರ ಒದಗಿಸಬಹುದು. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ತಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ದಕ್ಷತೆಯಿಂದ ಜರುಗುತ್ತಿವೆ ; ಮೊದಲ ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ನ ಕಲೆ ಬಿಚ್ಚಿಕೊಳ್ಳಬಹುದಾದ ಸಂದರ್ಭಗಳು ತೀರವಿರಳ. ಮೊದಲ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಹಿಳೆಯ ವಸ್ತಿಕುಹರದ ಮೂಳೆಗಳು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಸಂಕುಚಿತವಾಗಿದ್ದ ಕಾರಣ ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ನಿಖರವಾದ ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಾಗಿ ಜರುಗಿದ್ದರೆ ಅಂತಹವರಿಗೆ ಮುಂದಿನ ಸಾರಿಯೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಇನ್ನಿತರ ತುರ್ತು ಅಥವಾ ಸಾಂದರ್ಭಿಕ ಕಾರಣಗಳಿಗಾಗಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಗಿದ್ದರೆ ಮುಂದಿನ ಹೆರಿಗೆ ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳೇ ಹೆಚ್ಚು. ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ಶೇ. ೨೫ ರಿಂದ ೩೦ರಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮರು ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಗುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಒಂದು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆದ ಮಹಿಳೆ ಬಹಳ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಇದ್ದರೆ ಮುಂದಿನ ಸಾರಿ ಆ ಕ್ರಮವನ್ನು ಜರುಗಿಸ ಬೇಕಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಆದಷ್ಟೂ ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮುಂದಿನ ಮೂರು ವರ್ಷ ಅವರು ಮತ್ತೆ ಗರ್ಭಧರಿಸದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕು. ಪ್ರಚಲಿತವಿರುವ ಯಾವುದಾದರೊಂದು ಗರ್ಭನಿರೋಧಕ ವಿಧಾನವನ್ನು ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸಬೇಕು. ಅನಂತರ ಗರ್ಭಧರಿಸುವ ಅಭಿಲಾಷೆಯಿದ್ದರೆ ನುರಿತ ವೈದ್ಯರಿಂದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡು ಮೊದಲ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಕಲೆ ಭದ್ರವಾಗಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ ನಂತರವೂ ಕಲೆಯ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಶಿಶುವಿನ ಭಂಗಿ, ಮಾಸುವಿನ ಸ್ಥಾನ ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳ ಬಗೆಗೆ ವೈದ್ಯರಿಂದ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಬೇಕು. ರಕ್ತದೊತ್ತಡ, ಡಯಾಬಿಟಿಸ್, ನಂಜು ನೆತ್ತರುಗಳಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿದ್ದರೆ, ಅವಕ್ಕೆ ಸೂಕ್ತ ಔಷಧೋಪಚಾರ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರಬೇಕು. ಮುಂದಿನ ಹೆರಿಗೆ ಸುಸಜ್ಜಿತ ಆಸ್ಪತ್ರೆಯಲ್ಲಿ, ನುರಿತ ವೈದ್ಯರ ಮೇಲ್ವಿಚಾರಣೆಯಲ್ಲಿ ಜರುಗುವಂತಿರಬೇಕು. ಹೆರಿಗೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರ ಹಾಜರಿ ಅವಶ್ಯಕ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಸಹಜ ಹೆರಿಗೆ ಅಪಾಯಕರವೆನಿಸಿದಾಕ್ಷಣ ತುರ್ತಾಗಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಲು ಎಲ್ಲಾ ಸಿದ್ಧತೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬೇಕು.

ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ ಎಷ್ಟು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದೆಂಬುದರ ಬಗೆಗೆ ಜಿಜ್ಞಾಸೆಗಳಿವೆ. ಒಬ್ಬ ಮಹಿಳೆ, ಹನ್ನೆರಡು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್

ಮಾಡಿಸಿಕೊಂಡ ದಾಖಲೆ ಇದೆ ! ಆದರೂ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಸಾರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಸಾರಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡಬಾರದೆಂಬುದು ಈಗಿನ ಸ್ತ್ರೀರೋಗ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ.

ಅನಾವಶ್ಯಕ ಸಿಸೇರಿಯನಂಗಳಾಗುತ್ತಿವೆಯೆ ?

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಮಾಮಗಳಲ್ಲಿ ರಾಷ್ಟ್ರ-ರಾಷ್ಟ್ರಕ್ಕೂ, ನಗರ-ನಗರಕ್ಕೂ ಆಸ್ಪತ್ರೆ - ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಅಂತರವಿರುವುದು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿದೆ. ಆಯಾ ದೇಶಗಳ ಜನರ ಆರ್ಥಿಕ - ಸಾಮಾಜಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳು, ಅವರಿಗೆ ಲಭ್ಯವಿರುವ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳನ್ನನುಸರಿಸಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ ಎನ್ನಬಹುದು. ಆದರೂ ಒಂದು ಅಂದಾಜಿನ ಪ್ರಕಾರ ಹೆರಿಗೆಗಳಿಗಾಗಿ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಿಗೆ ದಾಖಲಾಗುವ ಶೇ. ೬-೧೦ರಷ್ಟು ಗರ್ಭಿಣಿಯರಿಗೆ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಆಗುತ್ತವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ಮುಂದುವರಿದೆ, ವೈದ್ಯಕೀಯ ಸೌಲಭ್ಯಗಳು ಅತ್ಯುನ್ನತ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಇದರ ಪ್ರಮಾಣ ಶೇ. ೨೦-೨೫ (ನಾಲ್ವರಲ್ಲೊಬ್ಬರಿಗೆ !) ಆಗಿದ್ದರೆ ನಮ್ಮ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟಿರಬಹುದೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ.

ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಕಾಲದಿಂದಲೂ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್‌ಗ ಪ್ರಮಾಣ ಹಂತ-ಹಂತವಾಗಿ ಏರುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಕಳೆದ ೨೫-೩೦ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಂತೂ ಈ ಏರಿಕೆಯ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಪ್ರಸ್ತುತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಸುರಕ್ಷಿತ ಅರಿವಳಿಕಾ ತಂತ್ರಗಳು, ಆ್ಯಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ನಿಯಮಗಳ ಶಿಸ್ತುಬದ್ಧ ಆಚರಣೆ, ವ್ಯಾಪಕ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲತೆ ಇರುವ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದಗಳ ಬಳಕೆ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಕರ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಮಟ್ಟದ ಹಸ್ತಕೌಶಲ್ಯ, ರಕ್ತ ಸಂಯೋಜನೆಯ ಸೌಲಭ್ಯ, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ನಂತರದ ಅತ್ಯಾಸಕ್ತಿಯ ಆರೈಕಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆ - ಮುಂತಾದವು ಈ ಏರಿಕೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳೆನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಹಿಂದಿನ ಶತಮಾನದಲ್ಲಿ ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರಲ್ಲಿ ಅರ್ಧಕ್ಕಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಮಂದಿ ಸಾವಿಗೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಈಗ ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಸಾವಿರಕ್ಕೊಬ್ಬರು, ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨.೨೫ರಷ್ಟಕ್ಕೆ ಇಳಿದಿದೆ. ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ಹಿಂದೆ ಇದ್ದ ನಿಖರವಾದ ಮಾರ್ಗ ಸೂಚಿಗಳು ಈಗ ಬಹಳಷ್ಟು ಸಡಿಲಗೊಂಡಿವೆ. ಈವರೆಗೆ ಲಭ್ಯವಿದ್ದ ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಿನ ಬೇಗುದಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಬಹಳ ವಿಳಂಬವಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಾದ ಡಾಪ್ಲರ್ ಅಲ್ಟ್ರಾ ಸೌಂಡ್ ನಂತಹ ಉಪಕರಣಗಳಿಂದ ಆ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಆರಂಭದಲ್ಲೇ ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚುವುದರಿಂದ

ಬಹಳಷ್ಟು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷನ್ ಮಾಡಿ ಸಾಕಷ್ಟು ಶಿಶುಗಳನ್ನು ಬದುಕಿಸುವ ಅವಕಾಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಕಾರಣಗಳಿಂದ ಕಷ್ಟಕರ, ಮತ್ತೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಅಪಾಯಕಾರಿಯಾಗಬಹುದಾದ ಹೆರಿಗೆಗಿಂತ ಸುರಕ್ಷಿತವಾದ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಹೆರಿಗೆ ರೋಗಿಗಳೇ ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರ ಸಮೂಹದಲ್ಲೂ ಜನಪ್ರಿಯವಾದುದರಲ್ಲಿ ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಿಲ್ಲ.

ಏರುತ್ತಿರುವ ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ವೈದ್ಯರ ಸಮೂಹಗಳಲ್ಲೂ ಒಂದು ರೀತಿಯ ಕಳಂಕ ಹಾಗೂ ಕಳವಳಕಾರಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಿದೆ. ಆರ್ಥಿಕ ಲಾಭಕ್ಕಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗಳನ್ನು ಮಾಡುತ್ತಾರೆಂಬ ಆರೋಪಗಳು ಇವೆ. ಎರಡು ಜೀವಗಳ ಆಗುಹೋಗುಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವಂಥ ಗುರುತರ ಕಾರ್ಯವಾಗಿರುವ ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಬಗೆಗೆ ಇಂತಹ ಆರೋಪವನ್ನು ಸಮರ್ಥಿಸುವುದಾಗಲೀ, ಅಲ್ಲಗಳೆಯುವುದಾಗಲೀ ಸರಿಯೆನಿಸಲಾರದು. ಸಹಜ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಹೆರಿಗೆಯಾಗಬಹುದೆಂದು ನಿರೀಕ್ಷಿಸಿದ ಎಷ್ಟೋ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ತಾಯಿ ಇಲ್ಲವೆ ಮಗುವಿನ ಜೀವಕ್ಕೆ ಹಾನಿಯಾದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ವೈದ್ಯರ ನಿರ್ಲಕ್ಷ್ಯದಿಂದಲೇ ಹೀಗಾಯಿತೆಂದು ಆರೋಪಿಸಿ ಅವರನ್ನು ಕೋರ್ಟುಗಳಿಗೆಳೆದ ಪ್ರಕರಣಗಳೂ ಇಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಇಂತಹ ಆರೋಪಗಳು ವೈದ್ಯ ಲೋಕದ ಗಮನವನ್ನೂ ಸೆಳೆದಿದೆ. ಅಮೆರಿಕಾದ ನ್ಯಾಷನಲ್ ಇನ್ಸಿಟಿಟ್ಯೂಟ್ ಆಫ್ ಹೆಲ್ತ್ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ೧೯೮೧ರಲ್ಲಿ ಈ ಬಗೆಗೆ ಅಧ್ಯಯನ ನಡೆಸಿದ್ದಾರೆ. ವೈದ್ಯ ಸಮೂಹಕ್ಕೆ ಕೆಲವು ಸಲಹೆ – ಸೂಚನೆಗಳನ್ನೂ ನೀಡಿದ್ದಾರೆ. ಅವುಗಳ ಅನುಸರಣೆಯ ನಂತರದ ಫಲಿತಾಂಶಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅಂಕಿ ಅಂಗಳು ಇನ್ನೂ ಲಭ್ಯವಾಗಿಲ್ಲ.

ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದ ಮಹಿಳೆ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ತಜ್ಞ ವೈದ್ಯರ ಸತತ ಆರೈಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದು ತನ್ನ ಮತ್ತು ಗರ್ಭಸ್ಥ ಶಿಶುವಿನ ಆರೋಗ್ಯದ ಬಗೆಗೆ ಅವರ ಸಲಹೆಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದರೆ ಅನಾವಶ್ಯಕವೆನಿಸಬಹುದಾದ ಸಿಸೇರಿಯನ್‌ಗಳ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಇಳಿಸಬಹುದು ; ವೈದ್ಯರೂ ಸಹಾ ತಮ್ಮ ಗುರುತರ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯ ಇಂತಹ ಕೆಲಸದಲ್ಲಿ ನಿರ್ಲಿಪ್ತ ಭಾವನೆಯಿಂದ ವರ್ತಿಸಿದರೆ ಅವರ ಪವಿತ್ರ ಕಾರ್ಯ ನಿಷ್ಕಳಂಕಿತವಾಗುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ.

* * * *

೩೪. ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು

ಸ್ತನದ ರಚನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ

ಸ್ತನ್ಯ ಪಾನಮಾಡಿಸಿ ತಮ್ಮ ಮರಿಗಳನ್ನು ಸಲಹುವ ಪ್ರಾಣಿವರ್ಗದ – ಸಸ್ತನಿಗಳು – ಉಗಮ ಜೀವವಿಕಾಸದ ಪ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದು ಪ್ರಮುಖ ಮೈಲಿಗಲ್ಲಾಗಿದೆ. ಮಾನವ ಸಂಕುಲ ಈ ಸಸ್ತನಿಗಳ ಸಮೂಹದ ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಮುಖ ವರ್ಗಗಳಲ್ಲೊಂದು.

ಮೈ ಮೇಲೆ ಹರಡಿಕೊಂಡಿರುವ ಬೆವರಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಹಾಲು ಸುರಿಸುವ ಸ್ತನದ ಗ್ರಂಥಿಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗಿವೆ. ಹೀಗೆ ಬದಲಾವಣೆಗೊಳಗಾದ ಸಾವಿರಾರು ಕಿರಿಯ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಒಂದು ಕಡೆ ಗುಂಪಾಗಿ ಸೇರಿ ಸ್ತನದ ಹಾಲೆಗಳಾಗಿವೆ. ಒಂದೊಂದು ಸ್ತನದಲ್ಲೂ ಇಂಥಾ ಹತ್ತಿಪ್ಪತ್ತು ಹಾಲೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಹಾಲೆಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ನಾಳಗಳು ಒಂದುಗೂಡಿ ಮೊಲೆಯ ತೊಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ ತೆರೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಜೋಡಿ ಅಂಗಗಳಾದ ಸ್ತನಗಳು ಎದೆಯ ಮುಂಗಡೆಯ ಪ್ರಮುಖ ಮಾಂಸಖಂಡದ ಮೇಲೆ ನೆಲೆಯಾಗಿವೆ. ವುಗಳ ಹೊರಭಾಗವನ್ನು ಚರ್ಮ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಿದೆ. ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ನಡುವೆ ಇರುವ ಕಪ್ಪಾದ ಮೊಲೆ ತೊಟ್ಟು ಮಾತ್ರ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತಿದ್ದು, ಸ್ತನಗಳು ಸುಪ್ತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಸ್ತ್ರೀ ಪುರುಷರಿಬ್ಬರಲ್ಲೂ ಸ್ತನಗಳಿರುವುದಾದರೂ ಅವು ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಅಷ್ಟಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹದಿ ಹರೆಯವನ್ನು ಸಮೀಪಿಸುತ್ತಿರುವ ಬಾಲಕಿಯರ ಸ್ತನಗಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗಿ ಸ್ತ್ರೀತ್ವದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ತನದ ಗ್ರಂಥಿಯ ಹಾಲೆಗಳ ನಡುವೆ ಕೊಬ್ಬಿನಂಶ ಯಥೇಚ್ಚವಾಗಿರುವ ನಾರುಗಂತಿಗಳ ಕಣ ಜಾಲ ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಸ್ತನ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಗಳಿಂದ ಸ್ತನಗಳ ಗಾತ್ರ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ, ಆಕರ್ಷಕ ಆಕಾರ ಮತ್ತು ಚೆಲುವು ಮೂಡಿಬರುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಹೇರಳವಾಗಿ ರಕ್ತನಾಗಳ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವುದರಿಂದ ಲೈಂಗಿಕ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾದಾಗ ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಸ್ಪರ್ಶ ನರಜಾಲವೂ ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿದ್ದು

ಅತ್ಯಂತ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಸ್ಪರ್ಶಕ್ಕೂ ಅವು ಚುರುಕಾಗಿ ಸ್ಪಂದಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸನಾಳಗಳ (ದುಗ್ಧ) ವ್ಯಾಪಕ ಜಾಲವಿದೆ. ಈ ನಾಳಗಳು ಅದೇ ಕಡೆಯ ಕಂಕುಳು, ಕುತ್ತಿಗೆಯ, ಎದಿರುಭಾಗದ ಮೊಲೆ ಹಾಗೂ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಡೆ ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗಗಳೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ (Lymph Nodes)ಗಳೊಡನೆಯೂ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಮೊಲೆಯಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂಥ ಕಾಯಿಲೆ ಈ ತರಹೆ ದೂರದ ಜಾಗಗಳಿಗೂ ಬಹು ಬೇಗ ವ್ಯಾಪಿಸುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ, ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ ಮತ್ತು ಹಿಂಜರಿಕೆ (Regresscon) ಹಾಗೂ ಅವುಗಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕೆಲವು ರೋಗಗಳಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಬೋದನಿಗಳ ಪ್ರಚೇದನೆ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಈ ಚೋದನಿಗಳಿಂದ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉಂಟಾಗುವ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿಗೆ ಸ್ತನದ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ನೇರವಾಗಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಿಸುತ್ತವೆ. ಬಸಿರಣಿಕ ಚೋದನಿ (ಪ್ರೊಜೆಸ್ಟಿರೋನ್) ಬಾಲಕಿ ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಗೆ ಕಾಲಿಡುವಷ್ಟರಲ್ಲೇ ಸ್ತನಗಳು ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಆಕಾರಣದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಮೊದಲ ಋತುಸ್ರಾಸ, ದನಿ ಬದಲಾವಣೆಗಳೂ ಆಗಿ ಆಕೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ತ್ರೀ ಸಹಜ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಲಾರಂಭಿಸುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳಿನ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಪಿಟ್ಯುಟರಿ ಪ್ರಚೋದನೆಯಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ ಹಾಲೂರಿಸಿಕ ಚೋದನಿ (ಪ್ರೊಲಾಕ್ಟಿನ್) ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಲು ಸ್ರವಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಬೆದಜನಕ (ಈಸ್ಟ್ರೋಜನ್) ಚೋದನಿ ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಹಾಲನ್ನು ಬತ್ತಿಸುತ್ತದೆ. ಮುಂದೆ ಒಂದಾದ ಮೇಲೊಂದರಂತೆ ಸಂಭವಿಸುವ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ, ಬಾಣಂತನ, ಸ್ತನ್ಯಪಾನ ಮತ್ತು ಅಂತಿಮವಾಗಿ "ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ" (Menopause) ಸಮಯಗಳ ವಿವಿಧ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಲೈಂಗಿಕ ಚೋದನಿಗಳು ತಮ್ಮ ಪ್ರಭಾವಗಳನ್ನು ಬೀರುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಲೈಂಗಿಕ ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲೂ ಅವುಗಳ ಪಾತ್ರವಿದ್ದೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಅವುಗಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಜನನಾಂಗಗಳ ಭಾಗವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸದಿದ್ದರೂ ಸಂತತಿಯ ಹುಟ್ಟು ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಅವುಗಳ ಪಾತ್ರವನ್ನೆಂದೂ ಕಡೆಗಣಿಸುವಂತಿಲ್ಲ. ಗರ್ಭಕೋಶವನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ದೇಹದ ಬೇರಾವ ಅವಯವಗಳಲ್ಲೂ ಇಷ್ಟೊಂದು ತ್ವರಿತಗತಿಯ ಜೈವಿಕ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗಲಾರವು. ಲೈಂಗಿಕ ಚೋದನಿಗಳು ಸ್ರವಿಸುವ ಕಾಲ, ಅವಧಿ, ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದರಿಂದ ಒಂದಕ್ಕಿರುವ ಪರಸ್ಪರ ಸಂಬಂಧಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳೇನಾದರೂ ಉಂಟಾದರೆ ಸ್ತನಗಳು ರೋಗಗ್ರಸ್ತವಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಮೊಲೆಯೂಡಿಸಿ ಸಲಹುವ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ಜೈವಿಕ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು

ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಸ್ತುತ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾಗಿ ಏರುತ್ತಿರುವ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದಾಹರಿಸಬಹುದು.

ಗೆಡ್ಡೆಗಳು

ಬಾಲಕಿ ಮೈನೆರೆದಾಗಿನಿಂದ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿ ತಿಂಗಳು ಕ್ರಮವರಿತು ಆಗುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳಂತೆಯೇ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳುಂಟಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಮುಟ್ಟಾದ ಮೊದಲ ಕೆಲವು ದಿಗಳಲ್ಲಿ ಬೆದೆಜನಕ ಚೋದನಿಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಸ್ತನದ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಸಾಗುನಾಳಗಳ ಒಳಗಡೆಯ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತಮ್ಮ ಗಾತ್ರ ಮತ್ತು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತವೆ. ಋತುಚಕ್ರದ ದ್ವಿತಿಯಾರ್ಧವ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಬಸಿರಣಿಕ ಚೋದನಿಯ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಸ್ತನದ ಕಿರುಗ್ರಂಥಿಗಳು ಹಿರಿದಾಗುತ್ತವೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಮುಟ್ಟಾಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಈ ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಕುಸಿಯುತ್ತದೆ. ಈ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಸಾಗುನಾಳಗಳ ಹೊರಬದಿಯಲ್ಲಿರುವ ನಾರುಗಂತಿ ಕೋಶಗಳು ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗ ತೊಡಗುತ್ತವೆ. ಈ ತೆರನ ಕಾರ್ಯಾಚರಣೆಯ ಅಕ್ಕಪಕ್ಕದ ಸ್ರನದ ಕಿರು ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಒಂದರೊಡನೊಂದು ಬೆರೆತುಕೊಂಡು "ಪೊಳ್ಳು ಕೋಶ" 'ಸಿಸ್ಟ್' (CYST) ಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡುಗಬಹುದು. ಬಸಿರಾದಾಗ ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಹಿರಿದಾಗುವ ಮತ್ತು ಸ್ರವಿಸುವ ಕಾರ್ಯಗಳು ಮೊಲೆಯುಣಿಸುವುದನ್ನು ನಿಲ್ಲುಸುವವರೆಗು ಜರುಗುತ್ತಲೇ ಇರುತ್ತವೆ. ನಂತರ ಅವೆಲ್ಲಾ ಮುದುರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಮುಟ್ಟು-ತೀರುವೆಯ ನಂತರ ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಮುದುರಿಕೊಂಡೇ ಇರುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಸದಾ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕುಗ್ಗುತ್ತಾ ಇರುವ ಸ್ತನದ ಒಂದು ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾದ "ಗೆಡ್ಡೆ" ಅಥವಾ ಊತ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಗಮನಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಮಹಿಳೆ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಬೆಚ್ಚಿಬೀಳುವುದು ಆಶ್ಚರ್ಯವೇನಲ್ಲ.

ಮ್ಯಾಮರಿ ಡಿಸ್‌ಪ್ಲೇಸಿಯಾ (ಫೈಬ್ರೋ ಅಡಿಸೋನಿಸ್/ಸಿಸ್ಟಿಕ್ ಹೈಪರ್ ಪ್ಲೇಸಿಯ) : ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಜರುಗುತ್ತಿರುವ ಹಿಗ್ಗುವಿಕೆ ಮತ್ತು ಕುಗ್ಗುವಿಕೆಗಳ ಕಾರ್ಯವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಆಸುಮೋಸದಿಂದ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲೂ ಇವು ಕಾಣಿಸಬಹುದಾದರೂ ಮುಟ್ಟು ತೀರುವೆಯಾದವರಲ್ಲೇ ಇವುಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಇದರಿಂದಾಗುವ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೇ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಶಗಳು ಮುದುರಿದಾಗ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದರೆ ನಾರುಗಂತಿಗಳಿಂದ ಸುತ್ತುವರಿದ ಪೊಳ್ಳುಕೋಶ ಇಲ್ಲವೆ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತದಂತಹ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು

ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಮುದುರಿದಾಗ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದರೆ ನಾರುಗಂತಿಗಳಿಂದ ಸುತ್ತುವರಿದ ಪೊಳ್ಳುಕೋಶ ಇಲ್ಲವೆ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತದಂತಹ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ವಿವಿಧ ಗಾತ್ರಗಳಲ್ಲಿರುವ ಈ ಗೆಡ್ಡಗಳು ಋತು ಸ್ರಾವದ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ, ಸ್ವಲ್ಪ ನೋವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಪರಿಮಿತಿಯನ್ನು ಕೆಲ ಸಾರಿ ಸರಿಯಾಗಿ ಗೊತ್ತುಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸ್ತನದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಇಂತಹ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಸ್ಪರ್ಶಿಸಲು ಸಿಗಬಹುದಲ್ಲದೆ, ಇನ್ನೊಂದು ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಇಂತಹವೇ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿರಬಹುದು. ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ; ಅದರಿಂದ ಇವನ್ನು ಆಗಿಂದಾಗ್ಗೆ ಪರಿಶೀಲಿಸಿ ಅವುಗಳ ಪ್ರಗತಿಯನ್ನು ಗಮನಿಸುತ್ತಿರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅನುಮಾನವಿದ್ದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ, ಜೀವುಂಡಿಗೆಡೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವಸತ್ವ 'ಇ' (Vit. E) ಮದ್ದನ್ನು ದೀರ್ಘಕಾಲ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಕರಗಿ ಹೋಗುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನವೊಂದು ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದೆ.

ಮ್ಯಾಮರಿ ಡಕ್ಟ್ ಎಕ್ಟೇಸಿಯಾ : ಹಾಲು ಹರಿಯುವ ನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಮೊಲೆಯುಣಿಸುವ ಅವಧಿ ಅಥವಾ ಅದು ಮುಗಿದ ನಂತರವೂ ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹಾಲು ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ ಉಳಿದುಕೊಂಡಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಜಾಗದಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದ ಉರಿತದಿಂದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಲೂಬಹುದು. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಮೊಲೆಕುರದಂತೆ ನೋವು ಉಂಟು ಮಾಡುತ್ತಿರಬಹುದು. ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡಿದಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ಮಟ್ಟಿಗೆ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಿರಿದಾಗಿ ನೋವು ಕಡಿಮೆಯಾದರೂ, ಅದು ಪೂರ್ತಿ ಮಾಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮೊಲೆ ತೊಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ತಿಳಿಯಾದ ದ್ರವ ಸ್ರವಿಸುವುದೂ ಉಂಟು. ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳಿಂದ ಊತ ಕರಗದಿರುವಾಗ ಅದನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಗುನಾಳಗಳೊಳಗಿನ ಸ್ರವಿಕೆಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಅವುಗಳಿಂದ ಹೊರಬಂದು, ಸುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಉರಿಯೂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಬಹುದು. ಅದರಿಂದಲೇ ಇದಕ್ಕೆ "ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಸೆಲ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟೈಟಿಸ್" ಎಂದೂ ಕರೆಯುವರು. ಇದೇ ಮುಂದೆ ಸ್ತನ ಬಾವು ಆಗಿ ಮಾರ್ಪಾಡಾಗುವುದುಂಟು.

ಫೈಬ್ರೋ ಅಡಿನೋಮಾ : ಹದಿ ಹರಯದಿಂದ ಸುಮಾರು ೩೫

ವರ್ಷಗಳವರೆಗಿನ ಕೆಲವು ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಅವರೆ ಕಾಳು ಗಾತ್ರದಿಂದ, ಸಣ್ಣ ನಿಂಬೆ ಹಣ್ಣಿನ ಗಾತ್ರದಷ್ಟು ದಪ್ಪದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸರಳ ನಮೂನೆಯ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತರಹದವೇ ಶೇ. ೭೫ರಷ್ಟು ಆಗಿರುತ್ತವೆ. ಸ್ವಲ್ಪ ಗಡಸಾಗಿಯೇ ಇರುವ ಇವು ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗಡೆ ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಂಶಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಯಾವ ಅಡೆತಡೆಗಳಿಲ್ಲದೆ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವುದರಿಂದ "ಸ್ತನದ ಇಲಿ"ಗಳೆಂದೇ ಕಲೆಯಲ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಸಾಗುನಾಳಗಳ ಒಳಮೈ ಇಲ್ಲವೆ ಹೊರಮೈಗಳ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಇವು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕಗಳಲ್ಲ. ಆದರೂ ಅವನ್ನು ಹೊರಗೆ ತೆಗೆದು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಒಳಪಡಿಸಬೇಕು.

ಮಾಂಸಗಂತಿ (ಸಿಸ್ಟೋ ಸಾರ್ಕೋಮ) : ಸ್ತನದ ಹಾಲೆಗಳ ನಡುವಿನಲ್ಲಿರುವ ಕೊಬ್ಬೂತಕಗಳ ಅಂಗಾಂಶಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಸುಮಾರು ೩೫ ವರ್ಷಗಳ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಹಲವು ಹಾಲೆಗಳಾಗಿ, ಗಾತ್ರದಲ್ಲೂ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆ ಮೆತ್ತಗಿರುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇತರ ಎಲ್ಲಾ ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಗಿಂತ ಇದು ಹೆಚ್ಚು ಕೋಶಗಳಿಂದ ಕೂಡಿರುತ್ತದೆ. ಬಹಳ ಚುರುಕಾಗಿ ಬೆಳೆದು ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ. ಒಳಗಿನ ಹಾಲೆಗಳು ಕೆಲಸಾರಿ ಕರಗಿ ನೀರಿಸಂತಾಗಬಹುದು. ಅವುಗಳಿರುವ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಮಹಿಳೆ ಗರ್ಭಿಣಿಯಾದರೆ ಅದು ಇನ್ನಷ್ಟು ಹೊರವಾಗಿ ಬೆಳೆಯಬಹುದು. ಅವುಗಳ ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಬೆವಣಿಗೆ ಸ್ತನಬಾವು ಉಂಟಾಗಿರಬಹುದಾದ ಶಂಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಅದರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಿ ಕಂಕುಳು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮುಂತಾದ ಕಡೆಗಲ್ಲಿ ಅದರ ಜೀವಕಣಗಳು ಹೋಗಿ ನೆಲಸುತ್ತವೆ. ಆದಷ್ಟು ಜಾಗ್ರತೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಿ ಅವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆಯಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ತೆಗೆದ ನಂತರವೂ, ಅವು ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯಗಳಿಲ್ಲದಿಲ್ಲ. ಮುಂದೆ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೊಂದೇ ಉಳಿದಿರುವ ದಾರಿ.

ಕೊಬ್ಬುಕೊಳೆತ ಗೆಡ್ಡೆ (Fat Necrosis) : ಸ್ತನಕ್ಕೆ ಏಟು ತಗುಲಿದ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಮುದ್ದೆಗಟ್ಟಿದ ಅಂಗಾಂಶ ಮತ್ತು ಕೊಬ್ಬಿನ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಕೊಳೆತಂತಾಗಿ ಗಡ್ಡೆಗಳಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸುತ್ತವೆ. ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ತಗುಲಿ ಸ್ತನಬಾವಿನಂತಾಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಶಂಕೆಯುಂಟು ಮಾಡಲೂ ಬಹುದು. ಇವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನಬಾವು (ಮೊಲೆ ಕುರು) : ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ ಮತ್ತು ಬಾಣಂತನಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ರವಿಸುವ ಹಾಲು ಸರಿಯಾಗಿ ವಿಸರ್ಜನೆಯಾಗದೆ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನಬಾವು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆ. ಮೊಲೆ ತೊಟ್ಟಿನಲ್ಲಾಗಬಹುದಾದ ಬಿರುಕುಗಳ ಮುಖಾಂತರವೂ ರೋಗಾಣುಗಳು ಪ್ರವೇಶಿಸಿ ಇಂತಹದೇ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟುಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಊತ, ಬೇನೆ, ಜ್ವರ ಮುಂತಾದ ಉರಿಯೂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಅತಿ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಸ್ತನಬಾವು ಉದ್ಭವಿಸಿರಬಹುದಾದ ಶಂಕೆಯುಂಟಾಗುತ್ತಲೇ ವಿಶಾಲ ಕ್ರಿಯಾಶೀಲ ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳನ್ನು ನೀಡುವುದರಿಂದ, ಅವುಗಳ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ಹಿಮ್ಮೆಟ್ಟಿಸಬಹುದು. ಈ ತರಹದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮಣಿಯದ ಬಾವುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಕೀವನ್ನು ಹೊರ ಬಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಆಧುನಿಕ ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ವಾಸ್ಥದ ಬಗೆಗೆ ಇರುವ ಆತಂಕಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಮೊದಲ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅದರ ಪ್ರಸ್ತಾಪವೇ ಅವರಲ್ಲಿ ಭಯ ಹುಟ್ಟಿಸುತ್ತದೆ. ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲೆಲ್ಲಾ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ ಪ್ರಮಾಣವೆ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣ.

ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಶ್ರೀಮಂತ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಅದರಲ್ಲೂ ಸಮಾಜದ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆಬುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಸಾಕಷ್ಟು ಪುರಾವೆಗಳಿವೆ. ಅಮೆರಿಕಾದ ಪ್ರತಿ ಹನ್ನೊಂದು ಹೆಂಗಸರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಭಾರತದ ಸಾವಿರದಲ್ಲೊಂದು ಮಹಿಳೆಗೆ ಈ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಆದರೆ ಭಾರತದ ಪಾರ್ಸಿ ಮತ್ತು ಸಿಂಧೀ ಜನಾಂಗಗಳಿಗೆ ಸೇರಿದ ಸುಮಾರು ೩೮೦ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೊಬ್ಬರಿಗೆ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಆಶ್ಚರ್ಯದ ಸಂಗತಿಯೂ ಇದೆ !

ಕಾರಣಗಳು

ದೇಹದೊಳಗಿನ ಕೆಲವು ಜೈವಿಕ ಹಾಗೂ ಚೋದನಿ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳ ಪರಸ್ಪರ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಾಗಿ ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತವೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಾಗಿದೆ. ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಮೊದಲೇ ಗುರುತಿಸಲು ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳೂ ಇವೆ.

ಅನುವಂಶಿಕತೆ ಅವುಗಳಲ್ಲೊಂದು. ತಾಯಿ, ಒಡಹುಟ್ಟಿದ ಸಹೋದರಿಯರು ಮತ್ತು ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿಕರಲ್ಲಿ ಮೊಲೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ನಿದರ್ಶನಗಳಿದ್ದವರ ಸಂತತಿಯವರಲ್ಲಿ ಇದರ ಸಂಭವ ಇತರರಿಗಿಂತ ಎರಡು – ಮೂರು ಪಟ್ಟು ಜಾಸ್ತಿ. ಆದರೂ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರ ಒಟ್ಟು ಸಂಖ್ಯೆ ಶೇ. ೯೦ ರಷ್ಟು ಜನರ ರಕ್ತಸಂಬಂಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗದಿರುವುದೂ ಆಶಾದಾಯಕ ಸಂಗತಿಯೆ ಸರಿ.

ಹನ್ನೆರಡು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಮೊದಲೇ ಮೈ ನೆರದ ಹಾಗೂ ಐವತ್ತು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಮುಟ್ಟು ನಿಂತವರಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ ಆಗುವ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಬಹಳ ತಡವಾಗಿ ಮದುವೆಯಾದವರು, ಮದುವೆಯಾದರೂ ಮಕ್ಕಳಾಗದವರು, ಇಲ್ಲವೆ ತಡವಾಗಿ ಮಕ್ಕಳಾದವರಲ್ಲೂ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚು. ಬಹು ಮಕ್ಕಳ ತಾಯಂದಿರಿಗಿಂತ, ಮೂರಕ್ಕಿಂತ ಕಡಿಮೆ ಮಕ್ಕಳಾದವರಲ್ಲಿ ಈ ತೆರನ ವ್ಯಾಧಿಯ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ತಮ್ಮ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ಮೊಲೆಯುಣಿಸದೇ ಇರುವುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಸ್ವಲ್ಪ ಸಮಯದಲ್ಲೇ ಮೊಲೆಯುಣಿಸುವುದನ್ನು ಮೊಟಕುಗೊಳಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ.

ಯೌವನಾವಸ್ಥೆಯಲ್ಲಿ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಉದ್ಭವಿಸಿದ್ದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ರೀತಿಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸದಿದ್ದವರಲ್ಲಿ, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಇದು ಬಹುಪಾಲು ಮಹಿಳೆಯರ ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಸೀಮಿತವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯೆನ್ನುವುದಾದರೂ ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಪುರುಷರ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲೂ (ಶೇ. ೧.೫) ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ.

ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರವಿಲ್ಲ. ಆದರೂ ೩೦ ರಿಂದ ೪೦ ವರ್ಷಗಳ ಅಂತರದ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೇ ಇದರ ಹಾವಳಿ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಸ್ನಾನ ಮಾಡುವಾಗಲೋ ಇಲ್ಲವೆ ಅಕಸ್ಮಾತ್ತಾಗಿ ಸ್ತನಕ್ಕೆ ಕೈ ಎಡ ತಾಗಿದಾಗಲೋ ಕೈಗೆ ತಾಗಬಹುದಾದ ಗೆಡ್ಡೆ, ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲು ಅದರ ಕಡೆ ಅವರ ಗಮನ ಸೆಳೆಯಬಹುದು. ಸಂಬಂಧಿಕರಲ್ಲೊಬ್ಬರಿಗೋ, ಇಲ್ಲವೆ ಗೆಳತಿಯೊಬ್ಬಳಿಗೋ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿರುವ ಸಮಾಚಾರ ತಿಳಿದಾಗಲೂ ಅನೇಕರು ಗಾಬರಿ ಪಟ್ಟುಕೊಂಡು ವೈದ್ಯರ ಹತ್ತಿರ ಧಾವಿಸುವುದು ಸರ್ವೇ ಸಾಮಾನ್ಯ.

ಆರಂಭದ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನೋವು ಉಂಟು ಮಾಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಗೆಡ್ಡೆ ಹಿರಿದಾಗುವವರೆಗೂ ಅದರ ಬಗೆಗೆ ಅಸಡ್ಡೆಯ ಭಾವನೆ ಹಲವರಿಗಿರುತ್ತದೆ. ಸ್ತನದ ಒಂದು ಭಾಗ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ; ಕೆಲಸಾರಿ ಇಡೀ ಸ್ತನವೇ ಹಿರಿದಾಗಿ ಊದಿಕೊಂಡಿರಲೂ ಬಹುದು. ಊದಿದ ಭಾಗ ಕೆಂಪಡರಬಹುದು ; ಅಲ್ಲಿಯ ಚರ್ಮ ಸುಕ್ಕು ಸುಕ್ಕಾಗಬಹುದು ; ಚರ್ಮದ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿ ಕಿತ್ತಳೆ ಹಣ್ಣಿನ ಸಿಪ್ಪೆಯಲ್ಲಿರುವ ಹಾಗೆ ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ಗುಳಿಗಳು (Peau D'Orange) ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮುಂದುವರಿದ ಪ್ರಕರಣಗಳಲ್ಲಿ ಮೊಲೆತೊಟ್ಟು ಕಿರಿದಾಗಿ, ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಸರಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಮೊಲೆತೊಟ್ಟಿನ ರಂಧ್ರದಿಂದ ತಿಳಿಯಾದ ಇಲ್ಲವೆ ರಕ್ತಮಿಶ್ರಿತ ದ್ರವ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಹೊರಬರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಮೊಲೆ ತೊಟ್ಟಿನ ಸುತ್ತ ತುರಿಕೆಯಾಗುವುದೂ ಉಂಟು. (ಚಿತ್ರ ೪೬)



ಚಿತ್ರ ೪೬ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಮುಂದೆ ಗೆಡ್ಡೆ ಹಿರಿದಾಗಿ ಬೆಳೆದು ಪೂರ್ತಿ ಮೊಲೆಯನ್ನು ಆವರಿಸುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಮೊಲೆಯೊಳಗಡೆ ನೋವು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಗೆಡ್ಡೆ ಒಡೆದು ಹುಣ್ಣಾಗಿ ಕೀವು ರಕ್ತ ಸುರಿಯುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯೂ ಉಂಟಾಗಬಹುದು. ಆ ಪಕ್ಕದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಕಣ್ಣಿಗೆ ಗೋಚರಿಸುವಷ್ಟು ದೊಡ್ಡದಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಇನ್ನೂ ಮುಂದುವರಿದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ದೂರದ ಯಕೃತ್ತು, ಮೂಳೆಗಳಿಗೆ, ರಕ್ತನಾಳ ಹಾಗೂ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಮುಖಾಂತರ ಹರಡಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಸ್ತನದ ವ್ಯಾಧಿಗಳ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡುವಾಗ ರೋಗಿಯ ನಾಭಿಯಿಂದ ಮೇಲ್ಭಾಗದ ಶರೀರವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಿವಸ್ತ್ರಗೊಳಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಕೋಚ ಪ್ರವೃತ್ತಿ ಸರಿಯಲ್ಲ. ಸರಿಯಾದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರುವಲ್ಲಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಲಗಿಸಿ, ಕುಳ್ಳಿರಿಸಿ, ಕಂಕುಳಲ್ಲಿ ಕೈ ಹಾಕಿ, ಎರಡೂ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಕೂಲಂಕುಷವಾಗಿ ವೈದ್ಯರು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯವಾದುದರಿಂದ ರೋಗಿಯೂ ಪೂರ್ಣ ಸಹಕಾರ ನೀಡಬೇಕು. ಕುಳಿತು ಕೊಂಡ ರೋಗಿ ತನ್ನೆರಡು ಕೈಗಳನ್ನೂ ಮೇಲೆತ್ತಿ ಹಿಡಿದು ಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಸೊಂಟದ ಎರಡು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಕೈಗಳನ್ನು ಬಿಗಿಯಾಗಿ ಒತ್ತಿ ಹಿಡಿದು ಕುಳಿದು ಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಈ ಭಂಗಿಗಳಿಂದ ಒಂದು ಸ್ತನದಲ್ಲಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಇನ್ನೊಂದರೊಡನೆ ಲಕ್ಷ್ಯವಿಟ್ಟು ಹೋಲಿಸಿ ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ವೈದ್ಯರು ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಸ್ತನವನ್ನೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಇನ್ನೊಂದನ್ನೂ ಸಹ ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ ಗಡ್ಡೆಯ ಗಾತ್ರ, ಆಕಾರ, ಇತಿ ಮಿತಿ, ಎದೆಗೂಡಿನ ಮಾಂಸಖಂಡ, ಅಥವಾ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರುವುದೇ ಎಂಬ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಖಚಿತ ಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಗೆಡ್ಡೆಯ ಸಾಂದ್ರತೆ, ಮೆದುತ್ವ, ಗಡಸುತನ, ಮೊಲೆತೊಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ದ್ರವ ಸ್ರವಿಸುವಿಕೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕಂಕುಳು, ಕುತ್ತಿಗೆ, ಹೊಟ್ಟೆಯ ಭಾಗ ಇತ್ಯಾದಿಗಳನ್ನು ಸ್ಪರ್ಶಿಸಿ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಿವಿಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿದು ಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಇತರ ಕಡೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹರಡಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಅರಿತುಕೊಳ್ಳಲು ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಸ್ತ್ರೀಸಹಜ ನಾಚಿಕೆಯಿಂದ ಸಹಕರಿಸದಿದ್ದರೆ, ಸರಿಯಾದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಸಾಧ್ಯವಾಗಲಾರದು.

ಹಾಲು ಸ್ರವಿಸುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಒಳಪೊರೆ ಮತ್ತು ಸಾಗುನಾಳಗಳ ಜೀವಕೋಶಗಳಿಂದಲೇ ಸ್ತನದ ವಿವಿಧ ರೀತಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಮೊಳಕೆಯೊಡೆಯುವುದು. ಆದರೂ ಅವುಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ಗತಿ, ಗಾತ್ರ, ಹರಡುವಿಕೆ, ತೀವ್ರತೆ ಇತ್ಯಾದಿಗಳಲ್ಲ ಒಂದಕ್ಕಿಂತ ಇನ್ನೊಂದು ಭಿನ್ನರೀತಿಯಲ್ಲಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ಶುರುವಿನಿಂದಲೂ ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ ; ಅವುಗಳ ಪರಿಣಾಮಗಳು ವ್ಯಕ್ತವಾಗಲು ಹಲವು ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಉದ್ಭವವಾದ ಕೆಲವೇ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಬೆಳೆದು, ದೂರದ ಅವಯವಗಳಿಗೂ ಹರಡಿ ಕೂಡಲೇ ಮಾರಕವಾಗಿ ಪರಿಣಮಿಸಬಹುದು. ಗರ್ಭಿಣಿ ಮತ್ತು ಬಾಣಂತಿಯರಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮಾರಕ ಪರಿಣಾಮಗಳನು ಬೀರುವುದರಲ್ಲಿ ಹೆಸರಾಗಿವೆ. ಸ್ತನದ

ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೂ ಲೈಂಕಿಕ ಚೋದನಿಗಳಿಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದನ್ನು ಇವು ದೃಢಪಡಿಸುತ್ತವೆ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಮಹಿಳೆಯರ ಜೀವಮಾನವೆಲ್ಲಾ ಲೈಂಗಿಕ ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಭಾವ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಏರುಪೇರುಗಳಿಂದ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಹಲವು ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ; ಹಲವು ತೆರನ ಊತ, ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ. ಆಧುನಿಕ ವಿದ್ಯಾವಂತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲನೇಕರು ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮತ್ತು ಅದರ ಪರಿಣಾಮಗಳ ಬಗೆಗೆ ಕೆಲ ಮಟ್ಟಿಗೆ ತಿಳಿದುಕೊಂಡೂ ಇರುತ್ತಾರೆ. ಸ್ತನದಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಎಲ್ಲಾ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಅವರಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಜ್ಞಾನವಿರಲಾರದುದರಿಂದ, ಅದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾದರೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದೆಯೆಂದು ಗಾಬರಿಯಾಗುವುದು ಸ್ವಾಭಾವಿಕ. ಸರಳ ರೀತಿಯ ಹಲವು ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಗುಣಲಕ್ಷಣಗಳ ಬಗೆಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಬಹುಪಾಲು ಗೆಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವುದಿಲ್ಲವೆನ್ನುವುದನ್ನೂ ಅರಿತಿದ್ದೇವೆ. ಆದರೂ ಸರಿಯಾದ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಅವುಗಳ ಮತ್ತು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯ ಮತ್ತು ಆಕೆಯ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಗಳ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಹಿಂದೆ ಆಗಿರಬಹುದಾದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ವಿವರವಾದ ಪೂರ್ವೇತಿಹಾಸಗಳನ್ನು ತಿಳಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನ ಮಾಡಬೇಕು. ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ವಿವರಗಳನ್ನು ಈಗಾಗಲೇ ನಮೂದಿಸಲಾಗಿದೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಗೆಡ್ಡೆಯ ರೀತಿ ನೀತಿಗಳ ಬಗೆಗೆ ಬಹುಪಾಲು ಒಂದು ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಬರಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅಳವಡಿಸಲು ಕೆಲವು ವಿಶೇಷ ರೀತಿಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ತೆರನ ಗೆಡ್ಡೆ, ಯಾವ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಂದರೂ ಅವನ್ನು ಹೊರ ತೆಗೆದು ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕೆಂಬ ಸೂತ್ರಕ್ಕೆ ಈಗ ಒಮ್ಮತಾಭಿಪ್ರಾಯವಿದೆ. ಸಣ್ಣ ಗಾತ್ರದ ಹಾಗೂ ಸುತ್ತಲೂ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಸ್ಥಳೀಯ ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಸಹಾಯದಿಂದ ಪೂರ್ತಿಯಾಗಿ ಇಲ್ಲವೆ ಅದರ ಒಂದು ತುಣುಕನ್ನಾದರೂ ತೆಗೆಯಬಹುದು. ಹಿರಿದಾದ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಗೆ ಕೆಲಸಾರಿ ಪೂರ್ಣಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ ಅರಿವಳಿಕೆ ನೀಡಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕೆಲವು ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ಅವಶ್ಯವೆನಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಅಣಿ

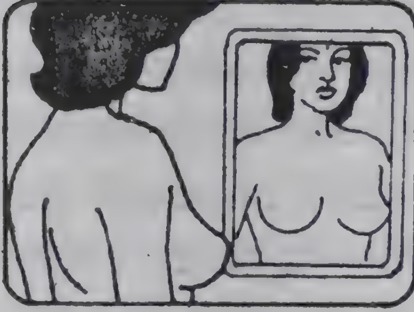
ಮಾಡಿಕೊಂಡು, ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಆರಂಭದಲ್ಲೇ ಗೆಡ್ಡೆಯ ಒಂದು ತುಣುಕನ್ನು ಶೀಘ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸುವ ವಿಧಾನ ಈಗ ಕೆಲವು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದೆ. ಪಕ್ಕದ ಕೊಠಡಿಯಲ್ಲಿ ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಸಲಕರಣೆಗಳನ್ನಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಕಾಯುತ್ತಿರುವ ರೋಗ ಶಾಸ್ತ್ರ ತಜ್ಞರು ಆ ತುಣುಕನ್ನು ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಒಂದರ್ಧ ಗಂಟೆಯಲ್ಲೇ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡುತ್ತಾರೆ. (Frozen Section Biopsy) ಗೆಡ್ಡೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ವಿರುವುದು ಖಚಿತವಾದರೆ ಅದರ ಹಂತಕ್ಕನುಗುಣವಾದ ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಆಗಲೇ ಮಾಡಿ ಮುಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಹಿಂದೆ ಇಂತಹ ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಲಭ್ಯವಾಗಲು ಒಂದೆರಡ ದಿನಗಳಿಂದ, ಹಲವು ವಾರಗಳೇ ಹಿಡಿಯುತ್ತಿದ್ದವು.

ಸ್ತನದ ಗೆಡ್ಡೆ ಒಂದೆರಡು ಸೆಂಟಿ ಮೀಟರ್‌ಗಳಷ್ಟಿದ್ದು ಕೈಗೆ ಸಿಗುವಂತಿದ್ದರೆ, ಅದರೊಳಗೆ ವಿಶೇಷ ತೆರನ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಸೂಜಿಯೊಂದನ್ನು ತೂರಿಸಿ ಅದರಿಂದ ಹೀರಿ ಹೊರತೆಗೆದ ರಸದಲ್ಲಿರುವ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು. ನುರಿತ ಜೀವಕಣ ಶಾಸ್ತ್ರಜ್ಞರು ಅದರಲ್ಲಾಗಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದೇ ರೀತ ಮೊಲೆ ತೊಟ್ಟಿನಿಂದ ಉಸುರುವ ರಸವನ್ನೂ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು.

ಸೌಮ್ಯ ಪ್ರಭಾವ ಬೀರುವ ಎಕ್ಸರೇ ಕಿರಣಗಳನ್ನು ಹೊರಸೂಸುವ ಯಂತ್ರವೊಂದರಿಂದ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುವುದರಿಂದ (ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ) ಸ್ತನಗಳೊಳಗೆ ಕೈಗೆ ಸಿಗದೆ ಹುದುಗಿಕೊಂಡಿರುವ ಅತೀ ಸಣ್ಣ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಬಹುದು. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿರುವ ಮಹಿಳೆಯರನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಇಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಆದ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸಬಹುದು.

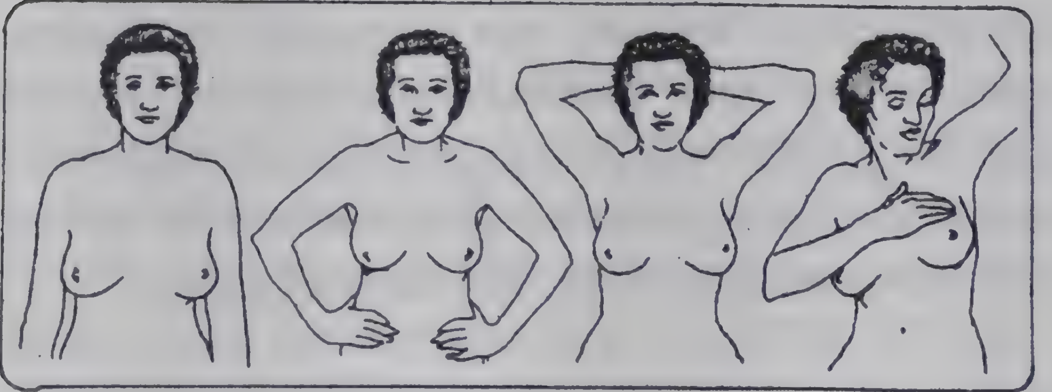
ಸ್ವಯಂ – ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಮಹಿಳೆಯರೇ ಅವರವರ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮುಟ್ಟಿ ತಾವೇ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಬಹುದಾದ ವಿಧಾನ ಈಗ ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದೆ. ಇಪ್ಪತ್ತು ವರ್ಷಗಳಾದ ಮಹಿಳೆಯರು ನಿಲುವುಗನ್ನಡಿಯೊಂದರ ಮುಂದೆ ನಿಂತುಕೊಂಡು ತಿಂಗಳಿಗೊಂದಾವರ್ತಿಯಾದರೂ ಈ ರೀತಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಸ್ತನಗಳ ಸ್ವಯಂ – ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಬಗೆಗೆ ತಮ್ಮ ವೈದ್ಯರು ಇಲ್ಲವೆ ದಾದಿಯರಿಂದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಂಡರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಎರಡೂ









ಚಿತ್ರ ೪೭. ಸ್ವಯಂ ಸ್ತನ ಪರೀಕ್ಷೆ

ಕೈಗಳನ್ನು ಮೇಲೆತ್ತಿ, ನಂತರ ಅವುಗಳನ್ನು ಪಕ್ಕದಲ್ಲಿ ಇಳೀ ಬಿಟ್ಟು, ಆ ಮೇಲೆ ಸೊಂಟದ ಪಕ್ಕಗಳಲ್ಲಿ ಒತ್ತಿ ಹಿಡಿದುಕೊಂಡು, ಸ್ತನಗಳ ಗಾತ್ರ, ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದ ಸ್ತನ ಅದರ ಚರ್ಮದಲ್ಲಾದ ವ್ಯತ್ಯಾಸ, ಮೊಲೆತೊಟ್ಟಿನ ಆಕಾರ, ಅವು ಹಿಂದೆ ಸರಿದು ಕೊಂಡಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ಕನ್ನಡಿ ಎದಿರು ನಿಂತು ವೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ಮೊಲೆಗಳನ್ನು ಒಂದು ಕ್ರಮವರಿತು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ಕೈಗೆಟುಕಿದರೆ, ಅವು ಚಲಿಸುತ್ತಿವೆಯೆ, ಮೆದುವಾಗಿವೆಯೇ, ಗಡುಸಾಗಿವೆಯೆ, ಅಮುಕಿದರೆ ನೋವಾಗುತ್ತದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ಬೆನ್ನಿನ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಸಾಧಾರಣ ಗಾತ್ರದ ದಿಂಬನ್ನಿರಿಸಿಕೊಂಡು ಮಲಗಬೇಕು. ಎರಡೂ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಮತ್ತೆ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. (ಚಿತ್ರ ೪೭) ಸ್ವಯಂ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾದ ಅನುಮಾನವಿದ್ದರೆ, ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿ ತಪಾಸಣೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ವಿದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯ ಸ್ವಯಂ – ಪರೀಕ್ಷೆ ೧೯೮೦ರ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಶೇ. ೨೫ರಷ್ಟು ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಿತ್ತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಈ ವಿಧಾನವನ್ನು ಅಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಅನುಸರಿಸುತ್ತಿದ್ದು, ಶೇ. ೫೦–೬೦ ರಷ್ಟನ್ನು ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲೇ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ವರ್ಗೀಕರಣ : ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ತಲುಪಿದ ಹಂತವನ್ನನುಸರಿಸಿ ಹಲವು ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಮೊದಲು ಅದನ್ನು ವರ್ಗೀಕರಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಯನ್ನು ನಾಲ್ಕು ಹಂತಗಳಾಗಿ ವರ್ಗೀಕರಿಸಲಾಗಿದೆ.

ಒಂದನೆ ಹಂತ : ಎರಡು ಸೆಂಟಿಮೀಟರಿಗಿಂತಲೂ ಗೆಡ್ಡೆ ಕಿರಿದಾಗಿದ್ದು, ಸ್ತನದ ಆವರಣಕ್ಕೆ ಸೀಮಿತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅದು ಕಂಕುಳ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗಾಗಲೀ ಅಥವಾ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗಾಗಲೀ ಹರಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಎರಡನೆಯ ಹಂತ : ಗೆಡ್ಡೆ ಐದು ಸೆ. ಮೀ. ಗಿಂತ ಕಿರಿದಾಗಿರುವುದಾದರೂ, ಕಂಕುಳಿನ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿರಬಹುದು. ಆದರೆ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಚಲಿಸುವಂತಿರಬೇಕು.

ಮೂರನೆ ಹಂತ : ಐದು ಸೆಂ. ಮೀ. ಗಿಂತ ಹಿರಿದಾದ ಗಾತ್ರ, ಸ್ತನದ ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಎದೆ ಗೂಡಿನ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಂಡು, ಚಲನೆ ಮಿತಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ನಾಲ್ಕನೆ ಹಂತ : ಈ ಮೊದಲು ವಿವರಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಜೊತೆಗೆ

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಯಕೃತ್ತು, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮೂಳೆಗಳು – ಇತ್ಯಾದಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆರಂಭದ ಹಂತದಿಂದಲೂ ಅತ್ಯುಗ್ರ ರೀತಿಯ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಶೀಘ್ರಗತಿಯ ಹರಡುವಿಕೆಗೆ ಹೆಸರಾದುದು, ಅದರ ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಭಾಗಗಳನ್ನು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆಯ ಬೇಕೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಈ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಚಲಿತವಿತ್ತು. ರೋಗಗ್ರಸ್ಥ ಸ್ತನದ ಜೊತೆಗೆ ಅದರಡಿಯ ಎದೆಯ ಸ್ನಾಯು, ಕಂಕುಳಲ್ಲಿನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳೆಲ್ಲವನ್ನು ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ತೆಗೆಯುತ್ತಿದ್ದರ (ರ್‍ಯಾಡಿಕಲ್ ಮ್ಯಾಸ್ಟೆಕ್ಟಮಿ). ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಕಿಬ್ಬೊಟ್ಟೆಯನ್ನು ತೆರೆದು ಅಂಡಾಶಯಗಳನ್ನೂ ತೆಗೆದು ಹಾಕುತ್ತಿದ್ದರು. ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ರೋಗವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಾಶಮಾಡಲು ಅಗಾಧ ಕ್ರಿಯಾಶಕ್ತಿಯ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ(Deep X-Ray)ಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಇಂಥಾ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಲೇ ರೋಗಿ ತೀರಾ ಅಸ್ವಸ್ಥಳಾಗುತ್ತಿದ್ದಳು. ಒಂದು ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಅಂಗವಿಕಲಳಾಗಿ ತನ್ನ ಶೇಷಾಯುಸ್ಸನ್ನು ಕಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಆದರೆ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು ಅದರ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅರಿವು ಉಂಟಾಗಿದೆ. ವಿಚಿತ್ರ ರೀತಿಯ ನಡೆವಳಿಕೆಗೆ ಹೆಸರಾದ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಯಾವುದೇ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಿಸಿದರೂ ಅಂತಿಮ ಪರಿಣಾಮ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳು ಕಂಡು ಬರುತ್ತಿಲ್ಲ. ಆದುದರಿಂದ ಅದನ್ನು ನಿರ್ಮೂಲ ಮಾಡಬಹುದೆಂಬ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಪ್ರಚಾರದಲ್ಲಿದ್ದ ಉಗ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಬದಲಿಗೆ ಸೌಮ್ಯ ಹಾಗೂ ಸ್ಥಳೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತಿತರ ಸಹಾಯಕ ವಿಧಾನಗಳನ್ನುನುಸರಿಸುವ ಪರಿಪಾಟಗಳ ಕಡೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ತಜ್ಞರ ಒಲವಿದೆ.

ಈಗ ಚಾಲ್ತಿಯಲ್ಲಿರುವ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಹೀಗೆ ಕ್ರೋಢೀಕರಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ : ಒಂದು ಮತ್ತು ಎರಡನೆಯ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರುವವರಿಗೆ ಗೆಡ್ಡೆ ಮತ್ತು ಅದರ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಒಂದೆರಡು ಸೆಂಟಿಮೀಟರ್ ಸ್ತನದ ಅಂಗಾಂಶವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುವುದು (Lumpectomy) ಈಗ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಕಂಕುಳಲ್ಲಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಪೂರಕವಾಗಿ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಬೇಕೆಂಬುದು ಹಲವರ

ಅಭಿಪ್ರಾಯವಾಗಿದೆ. ಗೆಡ್ಡೆ ಇಡೀ ಸ್ತನಕ್ಕೆ ಆವರಿಸಿದ್ದು, ಅದಿನ್ನೂ ಚಲಿಸುವಂತಿದ್ದರೆ ಪೂರ್ಣ ಸ್ತನವನ್ನು ತೆಗೆಯಲಾಗುತ್ತದೆ. (Simple Mastectomy).

ಮೂರನೆ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಹಿಂದೆ ಪ್ರಚಲಿತವಿದ್ದ ರ‍್ಯಾಡಿಕಲ್ ಮಾಸ್ಟೆಕ್ಟಮಿ ವಿಧಾನಕ್ಕೆ ಈಗ ಹೆಚ್ಚಿನವರ ಬೆಂಬಲವಿಲ್ಲ. ಪೂರ್ಣಸ್ತನ, ಮತ್ತು ಎದೆಯ ಸ್ನಾಯುಗಳ ಒಂದು ಭಾಗವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಲಾಗುತ್ತದೆ. ಕಂಕುಳ ಗೆಡ್ಡೆಯನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಿ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನೀಡಲಾಗುತ್ತದೆ.

ಒಂದು, ಎರಡು ಮತ್ತು ಮೂರನೆಯ ಹಂತಗಳಲ್ಲಿರುವ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೆ ಸಕಾಲದಲ್ಲಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದರೆ ಸೇ. ೫೦-೬೦ ರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳು ಮುಂದಿನ ೫ ವರ್ಷ ಬದುಕಿ ಸುಖ ಜೀವನ ನಡೆಸುತ್ತಾರೆನ್ನಬಹುದು. ನಾಲ್ಕನೆ ಹಂತ ತಲುಪಿದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈಗಾಗಲೇ ನಮೂದಿಸಿದ ಎಲ್ಲಾ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನೂ ಕೆಲವು ಆಯ್ದ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಜಾರಿಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಅವು ಶಮನಿಕ (Palliative) ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಬೀರಬಹುದಷ್ಟೆ. ಮೂರು ಮತ್ತು ನಾಲ್ಕನೆ ಹಂತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈಗ ಲಭ್ಯವಿರುವ ಅತ್ಯಂತ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ – ಮಾರಕ ಮದ್ದುಗಳ (Anti-Cancer Drugs) ಪ್ರಯೋಗ ರೋಗ ಹರಡುವುದನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಬಹುದು ; ಅವರ ಜೀವನವನ್ನು ಕೆಲ ಸಮಯ ಸುಖಮಯವಾಗಿ ಕಳೆಯುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಹಕಾರಿಯಾಗುತ್ತವೆ.

ಸ್ತನಗಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಾರದಂತೆ ಅನುಸರಿಸ ಬಹುದಾದ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳು ಪದೇ ಪದೇ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವ ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಗಳೊಡನೆ ವಿವಾಹ ನಿಷೇಧ, ತಮ್ಮ ಶಿಶುಗಳಿಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಮೊಲೆಯುಣಿಸಿ ಸಲಹುವುದು, ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಮಡಬಹುದಾದ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಅನುಸರಣೆ, ಸೌಮ್ಯ ರೀತಿಯ ಸ್ಥಳೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು, ಹೊಸ ಹೊಸ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳ ಉದಯ – ಇವುಗಳೆಲ್ಲಾ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗೆಗೆ ಈಗಿರುವ ನಿರಾಶಾ ಭಾವನೆಗನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಜೊತೆಗೆ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿಪತ್ತಿನ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರಬಹುದಾದ ಸ್ತ್ರೀ ಸಮೂಹವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟಾಗುವ ಮೊದಲ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡಲು ವಿಶೇಷ ಕಾಳಜಿ ವಹಿಸಬೇಕು. ಸರ್ಕಾರ ಮತ್ತು ವೈದ್ಯವೃತ್ತಿ ನಿರತರು ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ವೈಯಕ್ತಿಕವಾಗಿ, ಇಲ್ಲವೆ ಸಾಮೂಹಿಕ ಶಿಬಿರಗಳ ಮೂಲಕ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಕೈಗೊಳ್ಳಬಹುದು ; ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ

ಬಹಳಷ್ಟು ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮೊಳಕೆಯೊಡೆಯುವುದರಲ್ಲೇ ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಿ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನೀಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

* * * *

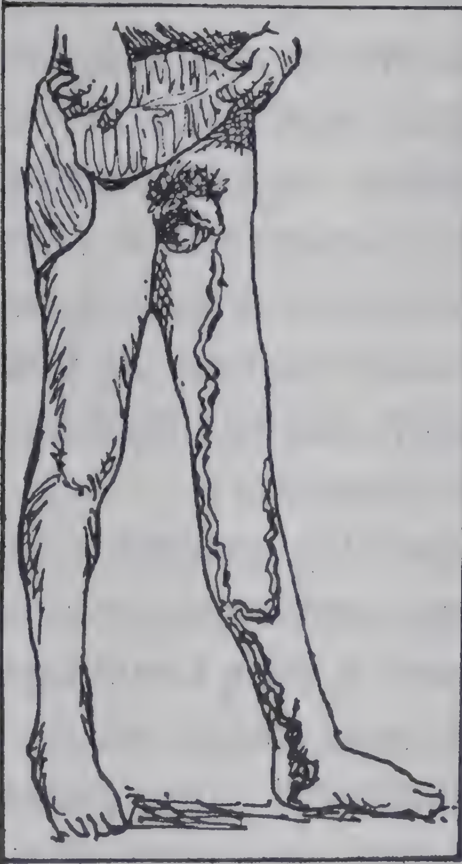
೩೫. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್

ಜಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ಈಗಿರುವ ಜೀವರಾಶಿಗಳ ಉಗಮ ಅನಾದಿಯಲ್ಲಿ ಅಮೀಬಾದಂಥ ಏಕಕೋಶ ಜೀವಕಣದಿಂದ ಎಂಬುದನ್ನು ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮನೋಭಾವವಿರುವವರೆಲ್ಲಾ ನಂಬುತ್ತಾರೆ. ಮಾನವನಂತಹ ಬಹುಕೋಶ ಹಾಗೂ ವಿವಿಧ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿರುವ ಸಂಕೀರ್ಣ ಜೀವಿಯ ವಿಕಾಸಗೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಕೋಟಿ – ಕೋಟಿ ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಿದಿವೆ. ಒಂದೊಂದು ಬಗೆಯ ಪ್ರಾಣಿಯ ಅಂಗಾಂಗಗಳೂ ಸಹ ಅದರ ಅವಶ್ಯಕತೆಗಳಿಗನುಸಾರ ಬದಲಾಯಿಸುತ್ತ ವಿಕಾಸಗೊಂಡಿರುವುದು ಮೇಲ್ನೋಟಕ್ಕೆ ಗೋಚರಿಸಲಾರದು. ಮಾನವನು ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಬೌದ್ಧಿಕವಾಗಿ ಅತ್ಯಂತ ಶ್ರೇಷ್ಠ ಜೀವಿಯಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗಿರುವುದನ್ನೇ ನೋಡೋಣ. ಲಕ್ಷಾಂತರ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಚತುಷ್ಪಾದಿಯಾದ ಪ್ರಾಣಿ ತನ್ನ ಹಿಂದಿನೆರಡು ಕಾಲುಗಳ ಮೇಲೆ ಎದ್ದು ನಿಂತು ನೆಟ್ಟ ನಿಲುವನ್ನು ತಾಳಿ ನಡೆದಾಡುವಂತಾದುದೇ ಅವನ ಬೌದ್ಧಿಕ ವಿಕಾಸಕ್ಕೂ ನಾಂದಿಯಾಯಿತೆಂಬುದು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳ ಅಭಿಮತ. ನೆಟ್ಟನೆಯ ನಿಲುವಿನಿಂದ ಅವನು ಸುತ್ತಲ ಪರಿಸರವನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ನೋಡುವಂತಾಯಿತು ; ಭಾರ ಹೊರುವ ಕಾರ್ಯದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾದ ಮುಂದಿನ ಕಾಲುಗಳು ಕೈಗಳಾಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದಿದವು ; ಅವುಗಳಿಂದ ವಿವಿಧ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಎತ್ತಿ ಹಿಡಿದು ಕಣ್ಣುಗಳಿಂದ ವೀಕ್ಷಿಸುವಂತಾಯಿತು ; ಮಿದುಳಿಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಕೆಲಸ ದೊರೆಯಿತು ; ಅದು ಮುಂದೆ ವಿಕಾಸವಾಯಿತು ; ಮಂಗ ಮಾನವನಾದ !

ಆದರೆ ವಿಕಾಸದಿಂದಾದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೆಲ್ಲಾ ಮಾನವನ ಒಳಿತಿಗೆ ಆಗಿವೆಯೆಂದು ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಚತುಷ್ಪಾದಿ ಪ್ರಾಣಿಯ ನಾಲ್ಕು ಕಾಲುಗಳಿಗೆ ಹರಿದು ಬಂದಿದ್ದ ರಕ್ತ ಶಿರೆಗಳ ಮೂಲಕ ವಾಪಸು ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹಿಂತಿರುಗುವುದು ಆಗ ಕಷ್ಟದ ಕೆಲಸವಾಗಿರಲಿಲ್ಲ. ನೆಟ್ಟ ನಿಲುವನ್ನು ತಾಳಿದ ಮಾನವನ ಕಾಲುಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಲು ಸಂಚರಿಸಬೇಕಾದ ದೂರ ಬಹಳಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಯಿತಲ್ಲದೆ, ಗುರುತ್ವಾಕರ್ಷ ಹಾಗೂ ಒತ್ತಡದ ವಿರುದ್ಧ ಹರಿಯ ಬೇಕಾದ ಕಷ್ಟದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಯಿತು. ಕಾಲಿನ ಶಿರೆಗಳಿಂದ ಮೇಲೇರಬೇಕಾದ ರಕ್ತ

ಕೆಲಸಾರಿ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಮತ್ತೆ ಕೆಳಗೆ ಧುಮುಕುವಂತಾಯಿತು. ಮೇಲೇರುವ ರಕ್ತವನ್ನು ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ತಡೆಹಿಡಿದು ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಸಾಗಿಸಲು ಶಿರೆಗಳ ಒಳಗೆ ಹಲವು ಕಡೆ ಕವಾಟಗಳು ವಿಕಾಸದ ಕೊಡುಗೆಯಾದರೂ, ಕೆಲಸಾರಿ ಅವುಗಳೂ ತಮ್ಮ ಕಾರ್ಯದಲ್ಲಿ ವಿಫಲವಾದವು. ಇದರ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಕೆಲವರ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಅಂಕು ಡೊಂಕಾಗಿ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡಿರುವ "ನರ"ಗಳನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ. ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನೇ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ (Varicose Veins) ಎನ್ನುವುದು. (ಚಿತ್ರ ೪೮) ಇದರಂತೆಯೇ ಗುದದ್ವಾರದ ಮೊಳೆರೋಗ, ವೃಷಣ ಚೀಲದ ವ್ಯಾರಿಕೋಸೀಲ್‌ಗಳು, ಸಹಾ ಜೀವ ವಿಕಾಸದ ಪರಿಣಾಮದಿಂದ ಮಾನವ ಗಳಿಸಿದ ಹೆಮ್ಮೆಯ ನೆಟ್ಟ ನಿಲುವಿನ ಕೊಡುಗೆಗಳು ! ಈ ತೆರನ ವ್ಯಾಧಿಗಳು ಚತುಷ್ಪಾದಿ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಂಡು ಬಾರದಿರುವುದು ಈ ತನಕದ ವಿಚಾರ ಸರಣಿಗೆ ಒತ್ತುಕೊಡುತ್ತದೆ.

ಕಾಲಿನ ಶಿರೆಗಳ ಜಾಲ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯವಿಧಾನ



ಚಿತ್ರ ೪೮. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್

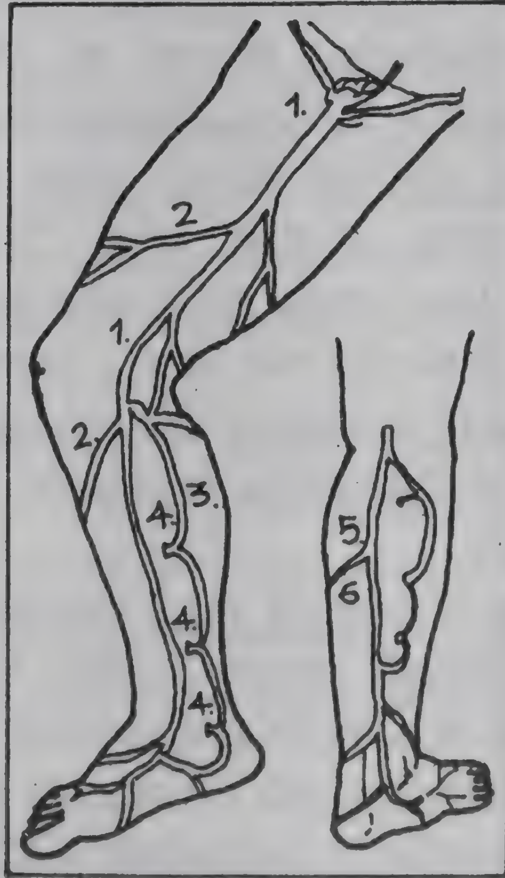
ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ರೀತಿ ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದಾಗುವ ತೊಂದರೆಗಳನ್ನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವಲ್ಲಿ ಕಾಲುಗಳ ಶಿರೆಗಳ ವಿನ್ಯಾಸ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯ ವಿಧಾನಗಳ ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ಅವಶ್ಯಕ.

ಶುದ್ಧರಕ್ತ ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆ ಸರಾಗವಾಗಿ ಚಲಿಸಲು ಹೃದಯದ ಸಂಕುಚನದ ಒತ್ತಳ್ಳುವ ಕ್ರಿಯೆ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಶರೀರದ ವಿವಿಧ ಭಾಗಗಳಿಂದ ಮಲಿನ ರಕ್ತ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗಲು ಅಂತಹ ಒತ್ತಡದ ಸಹಾಯವಿಲ್ಲ. ದೇಹದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಿಂದ ಮಲಿನ ರಕ್ತ ಬಹುಪಾಲು ಗುರುತ್ವಾಕರ್ಷಣ ಬಲದಿಂದ ಸರಾಗವಾಗಿ ಹೃದಯಕ್ಕೆ

ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಶರೀರದ ಕೆಳಭಾಗ ಅದರಲ್ಲೂ ಕಾಲುಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರುವುದು ಪ್ರಯಾಸದ ಕೆಲಸವೇ ಸರಿ.

ಕಾಲಿನಿಂದ ಮಲಿನ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರಲು ಮೂರು ತೆರನ ಶಿರೆಗಳ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯಿದೆ. ಕಾಲಿನ ಒಳಾಳದಲ್ಲಿರುವ ಶುದ್ಧ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಮೇಲೇರುವ ಹಲವು ಒಳಾಳ ಶಿರೆ (Deep Veins)ಗಳಿವೆ. ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳ ನಡುವಿನ ಅಂತರದ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿರುವ ಈ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿನ ರಕ್ತ, ನಡೆದಾಡುವಾಗ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳ ಸಂಕುಚನ ಕ್ರಿಯೆಯ ಒತ್ತಡದ ಹಿಸುಕುವಿಕೆಯಿಂದ ಹಂತ ಹಂತವಾಗಿ ಮೇಲೇರುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಕಾಲಿನ ಶೇ. ೯೦ರಷ್ಟು ಮಲಿನ ರಕ್ತ ಈ ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳ ಮುಖಾಂತರವೇ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಹಿಂದಿರುಗುತ್ತದೆ.

ಕಾಲಿನ ಮೇಲ್ಮೈ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಂದ ಮಲಿನ ರಕ್ತವನ್ನು ಹಿಂದಿರುಗಿಸಲು ಎರಡು ಪ್ರಧಾನ ಶಿರೆಗಳ ಜಾಲವಿದೆ. ಪಾದದ ಒಳ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ಭಾಗದಿಂದ ಉಗಮವಾಗುವ ಸಣ್ಣ, ಪುಟ್ಟ ಶಿರೆಗಳು ಹರಡಿನ ಒಳಬದಿಯಲ್ಲಿ ಸಂಧಿಸಿ



ಚಿತ್ರ ೪೯. ಕಾಲಿನ ಶಿರೆಗಳು. ೧. ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ, ೨. ಶಿರೆಗಳ ಜಾಲ, ೩–೪ ಕೂಡು ಶಿರೆಗಳು, ೫. ಗಿಡ್ಡನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ

ಒಂದಾಗುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲಿಂದ ಅದು ಕಾಲಿನ ಒಳ ಬದಿಯಿಂದಲೇ ಮೇಲೇರಿ ತೊಡೆಯ ಪ್ರಧಾನ ಶಿರೆಯಾದ ಫೆಮೊರಲ್ ವೇನ್ ಸೇರುತ್ತದೆ. ಅದರ ಬಹುಪಾಲು ಚರ್ಮದ ಕೆಳಗಡೆ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವಂತಿರುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದಲೇ ಅದಕ್ಕೆ "ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ" (ಸುಲಭವಾಗಿ ಗೋಚರಿಸುವಂತಹದು) ಎಂಬ ಅನ್ವರ್ಥನಾಮವಿದೆ. ಈ ಶಿರೆಯ ಒಳಗಡೆ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಹರಿವನ್ನು ತಡೆಹಿಡಿದು, ನಿರ್ದೇಶಿಸುವ ಕವಾಟಗಳ ಏರ್ಪಾಡಿದೆ. ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ, ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಫೆಮೊರಲ್ ಶಿರೆಯನ್ನು ಸಂಧಿಸುವೆಡೆಯಲ್ಲಿರುವ ಸಫೆನೋ – ಫೆಮೊರಲ್ ಕವಾಟ ಮತ್ತು ಕಾಲಿನಲ್ಲಿರುವ ಮತ್ತೆ ಕೆಲವು ಕವಾಟಗಳು ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ವ್ಯಾಧಿಯನ್ನು ಹುಟ್ಟು ಹಾಕುವಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. (ಚಿತ್ರ ೪೯)

ಪಾದದ ಹೊರವಲಯದಲ್ಲಿ ಉಗಮವಾಗುವ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಶಿರೆಗಳು ಹರಡಿನ ಹೊರಬದಿಯಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿ ಗಿಡ್ಡನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ಮೀನ ಖಂಡದ ಮೇಲ್ಮೈಯ ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ಶಿರೆಗಳನ್ನು ಸೇರಿಸಿಕೊಂಡು, ಮುಂಗಾಲಿನ ಹಿಮ್ಮಂಡಿಯವರೆಗೂ ಸಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವಿರುವ ಹಿಮ್ಮಂಡಿಯ ಶಿರೆಯನ್ನು (Popliteal Vein) ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಕಾಲಿನ ಮೇಲ್ಮೈಯಲ್ಲಿರುವ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಗಳ ಜಾಲವನ್ನು ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಕಲ್ಪಿಸುವ ಕೆಲವು "ಕೂಡು ಶಿರೆ"ಗಳು (Communicationg Veins) ಕಾಲಿನ ಕೆಲವು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳೊಳಗಿರುವ ಕವಾಟಗಳೂ ಸಹ ಮೇಲ್ಮೈ ಶಿರೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರವಹಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಅನುವಾಗುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಸ್ಥಾಪನೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ಕವಾಟಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯೂ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳ ಉದ್ಭವಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗುವುದುಂಟು.

ಕಾಲಿನ ಶಿರೆಗಳ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಮೇಲೆ ಸಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹಲವು ತೆರನ ಪ್ರಭಾವಗಳು ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳ ಸಂಕುಚನ ಕ್ರಿಯೆಯ ಒತ್ತಡದ ಪ್ರಭಾವವನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಈ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಶೇಖರವಾಗುತ್ತಿದ್ದಂತೆ, ಕವಾಟಗಳು ಅದು ಕೆಳಗಿಳಿಯದಂತೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ತಡೆಹಿಡಿದು, ಹಂತ – ಹಂತವಾಗಿ ಮೇಲೇರಲು ಪ್ರೇರೇಪಿಸುತ್ತವೆ. ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗಡೆ ಸ್ವಾಭಾವಿಕವಾಗಿರುವ "ಋಣ ಒತ್ತಡ" (Negative Pressure) ಮಿಕ್ಕ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರಲು ಪ್ರಚೋದನೆ ನೀಡುತ್ತದೆ. ಇಷ್ಟೆಲ್ಲಾ ವ್ಯವಸ್ಥೆಗಳಿರುವುದಾದರೂ

ಕಾಲಿನ ಕಡೆಯಿಂದ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರುವ ಕ್ರಿಯೆ ತೀರಾ ಅಸಮರ್ಪಕವೆಂದೇ ಹೇಳಬಹುದು. ಆದರೂ ಜನ ಸಮುದಾಯದ ಕೇವಲ ಶೇ. ೨೦-೩೦ರಷ್ಟರಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಸಮಾಧಾನಕರ ಸಂಗತಿ.

ಮಾನವನ ನೆಟ್ಟನೆಯ ನಿಲುವು ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ವ್ಯಾಧಿಯ ಮೂಲ ತಳಹದಿ. ಕಾಲಿನ ಶಿರೆಗಳ ಭಿತ್ತಿಯ ಜನ್ಮತಃ ದುರ್ಬಲತೆ, ಒಳಗಿರುವ ಕವಾಟಗಳ ವಿಫಲತೆ, ದಿನದ ಬಹಳ ಸಮಯ ನಿಂತುಕೊಂಡಿರಬೇಕಾದ ಉದ್ಯೋಗ ಮುಂತಾದವು ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಉಗಮಕ್ಕೆ ಇಂಬುಕೊಡುತ್ತವೆ. ಕವಾಟಗಳು ದುರ್ಬಲವಾದ ಕಡೆ ಮೊದಲು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಶಿರೆಯ ಊತ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಿಮವಾಗಿ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿರುವ ಸಫೆನೋ - ಫೆಮೊರಲ್ ಕವಾಟ ದುರ್ಬಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದು ರಕ್ತವನ್ನು ತಡೆದು ನಿಲ್ಲಿಸಲು ವಿಫಲವಾದಾಗ ರೋಗಿ ಎದ್ದು ನಿಂತಾಗ ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಮೇಲೇರಿದ ರಕ್ತ ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಕೆಳಗೆ ಧುಮುಕುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ ಅಲ್ಲಲ್ಲೇ ಊದಿಕೊಂಡು. ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಇಂಥ ದುರ್ಬಲ ಕವಾಟವಿರುವವರು ಮಲಗಿ ಎದ್ದು ನಿಂತಾಕ್ಷಣ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಿಂದ, ಕಾಲಿನವರೆಗೂ ರಕ್ತದಿಂದ ತುಂಬಿಕೊಂಡು ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗುವುದನ್ನು ನಮ್ಮ ಕಣ್ಣೆದುರೇ ನೋಡಬಹುದು. ಇದೇ ರೀತಿಕೂಡು ಶಿರೆಗಳ ಕವಾಟಗಳು ದುರ್ಬಲವಾದಾಗಲೂ ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತ ಕಾಲಿನ ಮೇಲ್ಮೈಯ ಶಿರೆಗಳ ಕಡೆಗೆ ಹರಿಯಲಾರಂಭಿಸಿದಾಗಲೂ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ.

ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗಡೆ ಮಹಾ ಶಿರೆಗಳೊಳಗೆ ರಕ್ತದ ಹರಿವಿಗೆ ಅಡಚಣೆಯಾದಾಗ - ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ, ಗರ್ಭಕೋಶ ಮತ್ತು ಕರುಳಿನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು - ಕಾಲುಗಳ ಕಡೆಯಿಂದ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರಲು ತಡೆಯಾಗಿ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತವೆ. ಪದೇ ಪದೇ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದವರಲ್ಲಿ ಉಂಟಾಗುವ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳು ಮುಂದೆ ಖಾಯಂ ಆಗಿ ಉಳಿದುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣ

ಬಹಳ ಸಮಯ ನಿಂತಾಗ ಕಾಲಿನ ಸ್ನಾಯುಗಳು ಸೋತಂತಾಗುವುದು, ಮೀನ ಖಂಡದಲ್ಲಿ ಸಿಡಿತ, ಬಾಧೆಗಳಂತಹ ಅನುಭವ ಉಂಟಾಗುತ್ತಿರುವವರಲ್ಲಿ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ವ್ಯಾಧಿ ಆರಂಭವಾಗುವುದರ ಮುನ್ಸೂಚನೆ ಅವೆನ್ನಬಹುದು.

ಕಾಲು ಮತ್ತು ಪಾದಗಳ ಊತ, ಅವನ್ನು ಅದುಮಿದರೆ ಗುಳಿ ಬೀಳುವುದು, ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ನವೆಯಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸಹಾ ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಆರಂಭದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು.

ಕೂಡು ಶಿರೆಗಳ ಕವಾಟಗಳ ಕಾರ್ಯ ವಿಫಲತೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಶಿರೆಗಳು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಣದ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಪ್ರಕಟವಾದವರಲ್ಲಿ ಹರಡಿನಿಂದ ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದವರೆಗೂ ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ ಊದಿಕೊಂಡು ಮರವನ್ನು ಸುತ್ತಿಕೊಂಡ ಅಂಕುಡೊಂಕಾದ ಬಳ್ಳಿಯಂತೆ ಎದ್ದು ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಹಗುರ ಸ್ಪರ್ಶದಿಂದ ಅದನ್ನು ಮುಟ್ಟಿ ನೋಡಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ಅವರನ್ನು ಮಲಗಿಸಿದಾಕ್ಷಣ ಶಿರೆಗಳ ಊತ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಮಾಯವಾಗುತ್ತದೆ. (ಚಿತ್ರ ೪೯)

ಅಂಕುಡೊಂಕಾಗಿ ಮೇಲೆದ್ದು ಕಾಣುವಷ್ಟು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವ ಶಿರೆಗಳು ಕಾಲಿನ ಹೊರಮೈಯನ್ನು ಅಂದಗೆಡಿಸುತ್ತವೆ. ಮೊಣಕಾಲವರೆಗೆ ಉಡುಪು ಧರಿಸುವವರಿಗೆ ಇದೊಂದು ಸಾಮಾಜಿಕ ಕಳಂಕವಾದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ವಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಇದ್ದವರ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ನೀರಿಳಿವ ಇಸುಬು (Weeping Eczema) ಉಂಟಾದರಂತೂ ಮತ್ತಷ್ಟು ಇರುಸು – ಮುರುಸಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ವ್ಯಾಧಿ ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೇ ಜಾಸ್ತಿ. ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬದ ಹಲವಾರು ಮಂದಿಯಲ್ಲಿ ಈ ವ್ಯಾಧಿ ಕಂಡುಬರುವುದರಿಂದ, ಶಿರೆಗಳ ಭಿತ್ತಿಯ ದುರ್ಬಲತೆ ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿರಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆಯಿದೆ. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳು ಏಕ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಎರಡೂ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು ; ಇಲ್ಲವೆ ಒಂದಾದ ಮೇಲೆ ಇನ್ನೊಂದರಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ತೊಡಕುಗಳು

ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಇರುವ ಕಾಲಿನಲ್ಲಿರುವ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ಗಾಯಗಳು ಬೇಗ ವಾಸಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳ ಪರಿಣಾಮದಿಂದಲೇ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಕಾಲಿನ ಹುಣ್ಣು ವಾಸಿಯಾಗದಿರುವ ಗಾಯಗಳ ಗುಂಪಿನಲ್ಲಿ ಅಗ್ರಮಾನ್ಯತೆ ಪಡೆದಿದೆ. ಇಂತಹವರ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಾಗುವ ಇಸುಬಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯೂ ಅತ್ಯಂತ ತ್ರಾಸದಾಯಕ. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಇರುವವರ ಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುವುದರಿಂದ, ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಜೌಗಿನ ಪರಿಸರವಿರುವುದು ಈ ತೆರನ ತೊಡಕುಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ. ಅಂಥವರು ಕಾಲುಗಳನ್ನು

ಕೆಲವು ದಿವಸಗಳು ಎತ್ತಿಕೊಂಡು ಮಲಗುವುದರಿಂದ ಗಾಯಗಳು ಬಹು ಬೇಗ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಮೊದಲಿನಂತೆ ಬಹಳ ಹೊತ್ತು ನಿಂತುಕೊಳ್ಳುವ ಅಭ್ಯಾಸಕ್ಕಿಳಿದರೆ ಹುಣ್ಣುಗಳು ಮತ್ತೆ ಮರುಕಳಿಸಬಹುದು. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ತೊಡಕುಗಳು ಮರುಕಳಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ಪ್ರವಹಿಸುವ ರಕ್ತ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿದ ರಕ್ತದ ತುಣುಕುಗಳು ಮುಂದೆ ಚಲಿಸಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಹೃದಯದಂತಹ ಅವಯವಗಳ ಕಿರಿದಾದ ರಕ್ತನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡು ಹೃದಯಾಘಾತದಂಥ ಭೀಕರ ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಎಡೆ ಮಾಡುವುದುಂಟು.

ಉಬ್ಬಿದ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಒಡೆದುಕೊಂಡು ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತ ಉಸುರುತ್ತಿರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಬಿರುಸಿನಿಂದ ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಿ ಸಾವಿಗೀಡಾಗಲೂ ಸಾಧ್ಯ. ಇಂಥ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತಿರುವ ಕಾಲನ್ನು ಹೃದಯದ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತಲೂ ಹೆಚ್ಚು ಎತ್ತರಕ್ಕೆ ಏರಿಸಿ ಇಡುವುದರಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವನ್ನು ತಕ್ಷಣ ನಿಲ್ಲಿಸಬಹುದು.

ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಅಷ್ಟೇನೂ ತೊಡಕಿನ ವಿಷಯವಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅವುಗಳಿಗೆ ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸುವ ಕವಾಟಗಳಿರುವ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಮೊದಲು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಸಫೆನೋಫೆಮಾರಲ್ ಕವಾಟದ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆಯ ಬಗೆಗೂ ಸರಿಯಾದ ಮಾಹಿತಿ ಪಡೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡುವ ಮೊದಲು ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿರುವ ಸಾಧ್ಯತೆ (Deep Vein Thrombosis) ಬಗೆಗೆ ಮಾಹಿತಿ ದೊರಕಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉದರ ಕೋಶದೊಳಗಡೆ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿರುವುದರ ಬಗೆಗೆ ವಿಶೇಷ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿ ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ವ್ಯಾಧಿಯ ಬವಣೆಗಳನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡಲು, ಇಲ್ಲವೆ ಅದರ ಮುನ್ನಡೆಯನ್ನು ವಿಳಂಬ ಮಾಡಲು ಹಲವು ಶಮನಿಕ ಆರೈಕಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನನುಸರಿಸಬಹುದು. ನಡೆದಾಡುವಾಗ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕ ಶಕ್ತಿ ಇರುವ ಎಲಾಸ್ಟಿಕ್ ಬ್ಯಾಂಡೇಜನ್ನು ಕಾಲಿಗೆ ಸುತ್ತಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಕಾಲಿನ

ಮೇಲ್ಮೈಯ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಖರಣೆಯಾಗುವ ರಕ್ತವನ್ನು ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳತ್ತ ಪ್ರವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಇದರಿಂದ ಕಾಲಿನ ಬಾಧೆ, ಊತಗಳೆಲ್ಲಾ ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ವ್ಯಾಧಿಯ ಮುನ್ನಡಗೆಯ ಗತಿಯನ್ನೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಕಾಲ ತಡೆಹಿಡಿಯಬಹುದು. ದಿನವೆಲ್ಲಾ ನಿಂತೇ ಇರಬೇಕಾಗುತ್ತಿದ್ದ ಹಿಂದಿನ ತಲೆಮಾರಿನ ಪೊಲೀಸ್ ಪೇದೆಗಳ ಕಾಲುಗಳಿಗೆ ಈ ತರಹೆಯ ಪಟ್ಟಿಗಳನ್ನು ಸುತ್ತುವ ಪರಿಪಾಟ ಕಡ್ಡಾಯವಾಗಿದ್ದುದು ಈ ಉದ್ದೇಶ ಸಾಧನೆಗಾಗಿಯೇ.

ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಒಳಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಕೆರಳಿಕೆ ಉಂಟು ಮಾಡಿ, ಅವು ಬತ್ತಿ ಪೆಡಸಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಲು ಕೆಲವು ತರಹೆಯ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವ ಶಿರೆಗಳಿಗೆ ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಚುಚ್ಚಬಹುದು. (Injection Sclerotheraphy) ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿರುವ ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ಗಳನ್ನು ಕೆಲಕಾಲ ಹತೋಟಿಯಲ್ಲಿಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಹುದು.

ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್‌ನ ತೀವ್ರ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪ್ರಕಟವಾಗುತ್ತಿರುವವರಿಗೆ – ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ಹುಣ್ಣು, ಇಸುಬು, ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಕಾಲುಗಳ ಊತ ಮುಂತಾದವುಗಳಿಂದ ಅವರ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜೀವನ ಕ್ರಮಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತಿದ್ದರೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಗಳ ಜಾಲದಲ್ಲಿ ತುಂಬಿಕೊಳ್ಳುವ ರಕ್ತವನ್ನು ಒಳಾಳ ಶಿರೆಗಳತ್ತ ಪ್ರವಹಿಸುವಂತೆ ಮಾಡುವುದು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಉದ್ದೇಶ. ಒಳಾಳದ ಶಿರೆಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೆಪ್ಪುಗಟ್ಟಿಕೊಂಡಿರುವುದು ಅಥವಾ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯ ಅಡಚಣೆಗಳಿಲ್ಲವೆಂಬುದನ್ನು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತರವೇ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ನಿರ್ಧಾರ ಮಾಡಬೇಕು. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಅಂತಹ ಖಾಯಂ ತಡೆಗಳಿದ್ದರೆ ರಕ್ತ ಮೇಲೇರಲು ಇನ್ನಾವುದೇ ಮಾರ್ಗವಿಲ್ಲದೆ ಕಾಲು ಖಾಯಂ ಆಗಿ ಊದಿಕೊಂಡು ರೋಗಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಅಂಗವಿಕಲವಾಗಬಹುದು.

ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎರಡು ವಿಧಾನಗಳಲ್ಲಿ ಜರುಗಿಸಬಹುದು. ಸಫೇನೋಫೆಮೊರಲ್ ಕವಾಟದ ದುರ್ಬಲತೆಯಿಂದ ರಕ್ತಪ್ರವಾಹ ಕೆಳಗಿಳಿಯದಂತೆ ಮಾಡಲು ಸಫೆನಸ್ ಶಿರೆ, ಫೆಮೊರಲ್ ಶಿರೆಯನ್ನು ಸಂಧಿಸುವ ಜಾಗದಲ್ಲಿ (ತೊಡೆಯ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ) ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿ, ಕಟ್ಟಿ, ಕತ್ತರಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಕೆಳಗೆ ಉಳಿದ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆಯೊಳಗಡೆ ಕೇಬಲ್ ತಂತಿಯಂತಹ ಉಪಕರಣವೊಂದನ್ನು ಪಾದದ ಹತ್ತಿರದ ಹರಡಿನವರೆಗೂ ತೂರಿಸಿ, ಹೊರತರಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲಿ ಶಿರೆಯನ್ನು ತಂತಿಯ ತುದಿಗೆ ಬಲವಾಗಿ ಕಟ್ಟಿದ ನಂತರ ಅದನ್ನು ಮೇಲ್ಗಡೆಯಿಂದ ಬಿರುಸಿನಿಂದ

ಎಳೆದರೆ ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಶಿರೆ ಅದಕ್ಕೆ ಇಡಿಯಾಗಿ ಸುತ್ತಿಕೊಂಡು ತಂತಿಯ ಜೊತೆ ಹೊರಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. (Stripping). ಇದರ ಬದಲು ಶಿರೆಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಿರುವೆಡೆಗಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಆ ಭಾಗದ ಶಿರೆಯನ್ನು ತುಂಡು ತುಂಡುಗಳಾಗಿ ಕಟ್ಟಿ ಕತ್ತರಿಸುವುದರಿಂದಲೂ (Multiple Ligation) ಇದೇ ಪರಿಣಾಮ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಎರಡೂ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಜರುಗಿಸಿದ ನಂತರ ಬಿಗಿಯಾದ ಬ್ಯಾಂಡೇಜನ್ನು ಸುತ್ತಿ ಎತ್ತರದ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರಿಸುವುದರಿಂದ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇನ್ನೊಂದು ವಾರದ ನಂತರ ರೋಗಿ ತನ್ನ ಎಂದಿನ ಕೆಲಸ ಕಾರ್ಯಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಗಬಹುದು. ಈ ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ನಂತರ ಕಾಲುಗಳ ಮೇಲ್ಮೈ ಕಡೆಯ ಮೇಲಿನ ರಕ್ತವೆಲ್ಲಾ ಒಳಾಳದ ಶಿರೆಗಳ ಮೂಲಕವೇ ಮೇಲೇರಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಅವುಗಳಿಗೆ ರೋಗಾಣು ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಇನ್ನಾವುದೇ ಜಖಂ ಆಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಉಂಟಾಗುವ ಹಿನ್ನೆಲೆ ಮತ್ತು ಲಭ್ಯವಿರುವ ಈ ವ್ಯಾಧಿಗೆ ಶಾಶ್ವತ ಪರಿಹಾರ ಸಿಗಲಾರದೆಂಬ ಶಂಕೆಯುಂಟಾಗದಿರಲಾರದು. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದ ಶೇ. ೧೦ರಷ್ಟು ಜನರಲ್ಲಿ ಅದು ಮತ್ತೆ ಒಂದಲ್ಲ ಒಂದು ಕಡೆ ಮರುಕಳಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇದೆ. ಯಾವ ವಿಧಾನವನ್ನನುಸರಿಸಿದರೂ ರೋಗಿ ಅದರ ಸಾಧಕ – ಬಾಧಕಗಳನ್ನರಿತು ಕೊಂಡಿರುವುದು ಒಳ್ಳೆಯದು. ಆದುದರಿಂದ ತನ್ನ ಮುಂದಿನ ಜೀವನಕ್ರಮವನ್ನು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೆ ತಕ್ಕ ಹಾಗೆ ಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ವ್ಯಾರಿಕೋಸ್ ವೇನ್ಸ್ ಇರುವ ಸುಮಾರು ಮೂರನೇ ಒಂದು ಭಾಗದಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಜೋಪಾಸಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ನಿಭಾಯಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಗಾದವರೂ ತಮ್ಮ ಕಾಲಿನ ಸ್ವಚ್ಛತೆ ಮತ್ತು ಉದ್ಯೋಗದ ಬಗೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಗಮನ ಹರಿಸಿದರೆ ತೊಂದರೆಯಿಲ್ಲದೆ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ.

* * * *

೩೬. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಜನರಲ್ಲಿ ಭಯ ಹುಟ್ಟಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರಂಗೆ ಆದ್ಯತೆ ಇದೆ. ಅದರಿಂದ ನರಳುವವರು ಅನೇಕ ಕಷ್ಟಕೋಟಲೆಗಳನ್ನನುಭವಿಸಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಭಯ ಬಹಳ ಜನರಲ್ಲಿರುವಂತಿದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆಂಬ ಅಭಿಪ್ರಯವೂ ಪ್ರಚಲಿತವಿದೆ. ಆದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಇಂದು – ನಿನ್ನೆಯ ರೋಗವಲ್ಲ. ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಅದು ಮನು ಕುಲವನ್ನು ಬಾಧಿಸುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಕ್ರಿಪೂ. ೫೦೦೦ ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದಿನ ಈಜಿಪ್ಟಿನ ಮಮ್ಮಿಗಳ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿರುವುದನ್ನು ಈಗಲೂ ನೋಡಬಹುದು. ಆದರೆ ಈ ರೋಗಗಳ ಕಾರಣ ಗುಣಲಕ್ಷಣ ಮತ್ತು ಆಗುಹೋಗುಗಳ ಬಗೆಗೆ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಮೂಡಲು ಆಧುನಿಕ ಕಾಲದವರೆಗೂ ಕಾಯಬೇಕಾಯಿತಷ್ಟೆ.

ಔದ್ಯೋಗಿಕವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿದ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನರಲ್ಲೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುತ್ತಿರುವ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯವೂ ಇದೆ. ಆದರೆ, ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಮೀಕ್ಷೆಗಳ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಅರ್ಧದಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಹಿಂದುಳಿದ ಬಡದೇಶಗಳಲ್ಲೇ ಇವೆ ಎಂದು ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚಿನ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಾದ ಪ್ರಗತಿಗಳಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗೆಗೆ ಜನರಲ್ಲಿದ್ದ ನಿರಾಶಾ ಭಾವನೆಗಳು ಮಾಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಸಂತಸದ ಸಂಗತಿ.

ಮಾನವನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯ ವಿಕಾಸದ ಜೊತೆಗೆ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಕ್ಷೇತ್ರದಲ್ಲೂ ಅಪಾರ ಸುಧಾರಣೆಗಳಾಗಿವೆ. ಬಹುತೇಕ ರೋಗಗಳಿಂದ ಅಕಾಲ ಮರಣಕ್ಕೀಡಾಗುತ್ತಿದ್ದವರನ್ನು ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬದುಕಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಜನರು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಬದುಕುವ ಗರಿಷ್ಠ ವಯೋಮಾನದ ಮಿತಿಯೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಬಹಳಷ್ಟು ಪ್ರಕರಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಮಧ್ಯ ವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರವೇ. ಈಗ ಹೆಚ್ಚು ಹೆಚ್ಚು ಜನ ವೃದ್ಧಾಪ್ಯದ ಮೇರೆ ಮೀರಿ ಬದುಕಿ ಉಳಿಯುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಆದುದರಿಂದ, ಈ ವಯೋಮಾನದ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಈಗ ಹಿಂದಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆ. ಜೊತೆಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ಅದರ ಉಗಮದ ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಹಚ್ಚಬಹುದಾದ ನವೀನ

ಪರೀಕ್ಷಾ ವಿಧಾನಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿದೆ. ಹಿಂದೆ ಗುರುತಿಸಲು ಅಸಾಧ್ಯವೆನಿಸಿದ್ದ ಎಷ್ಟೋ ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಈಗ ಬಯಲಿಗೆಳೆಯಬಹುದಾಗಿದೆ. ಇಂಗ್ಲೆಂಡಿನಲ್ಲಿ ಚಿಮಣಿ (ಹೊಗೆಗೂಡು) ಗುಡಿಸಲು ಕಾರ್ಮಿಕರ ವೃಷಣ ಚೀಲಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಯಾಗದ ಒಂದು ಬಗೆಯ ವ್ರಣಗಳು ೧೭೭೫ ರಷ್ಟು ಹಿಂದೆಯೇ ವೈದ್ಯಲೋಕದ ಗಮನ ಸೆಳೆದಿತ್ತು. ಅವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವ್ರಣಗಳೆಂಬ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬರಲು ಮುಂದೆ ನೂರೈವತ್ತು ವರ್ಷಗಳೇ ಹಿಡಿದುವು ! ನಾಗರಿಕತೆಯ ಸೋಗಿನಲ್ಲಿ ನಾಗಾಲೋಟದಲ್ಲಿ ಬದಲಾಗಿ ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತಿರುವ ಜನರ ಜೀವನ ಶೈಲಿ, ಅಹಾರಶೈಲಿ, ಆಹಾರವಸ್ತುಗಳಲ್ಲಿ ವಿಷಕರ ವಸ್ತುಗಳ ಕಲಬೆರಕೆ, ಔದ್ಯೋಗಿಕರಣದ ಪರಿಸರ, ಹೆಚ್ಚುತ್ತಿರುವ ಅಣು ವಿಕಿರಣದ ಪ್ರಭಾವ, ಏರುಪೇರಾಗುತ್ತಿರುವ ಪರಿಸರ ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಜನರ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಹದಗೆಡಿಸುವುದರಲ್ಲಿ ತಮ್ಮ ನಿರ್ಣಾಯಕ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಹಲವು "ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ" ವಸ್ತುಗಳು ಈಗ ಮಾನವ ಸಮಾಜವನ್ನು ಸುತ್ತುವರಿದಿವೆ. ಈಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿವೆಯೆನ್ನಲಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪ್ರಮಾಣ ಮತ್ತು ವೈವಿಧ್ಯತೆಗಳಿಗೆ ಇವೇ ಪ್ರಮುಖ ಕಾರಣಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಈಗ ನಮ್ಮ ಜೀವನ ಶೈವಲಿಯನ್ನು ಬೆನ್ನು ಹತ್ತಿದ ಬೇತಾಳದಂತೆ ಕಾಡುತ್ತಿದೆಯೆಂದರೆ ಅತಿಶಯೋಕ್ತಿಯಲ್ಲ.

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿವರ್ಷ ಹತ್ತು ಲಕ್ಷ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ ಬಳಲಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಕ್ರಿ.ಶ. ೨೦೦೦ ವರ್ಷಗಳ ಹೊತ್ತಿಗೆ ೧೫-೨೦ ಲಕ್ಷ ಜನ ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಬಲಿಯಾಗಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆ ಇದೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ೩-೪ ಲಕ್ಷ ಜನ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಿದ್ದಾರೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೆ ಬಡವ ಬಲ್ಲಿದರೆಂಬ ಭೇದಭಾವಗಳಿಲ್ಲ ; ಅವರವರಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವಿಧಗಳು ಬೇರೆ ಬೇರೆಯಾಗಿರಬಹುದಷ್ಟೆ. ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಅನ್ನನಾಳ, ಜಠರ, ಯಕೃತ್ತು ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅಪೌಷ್ಟಿಕತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಬಡಜನರಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಟ, ಸಸಾರಜನಕ, ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತಿತರ ಪರಿಷ್ಕೃತ ಆಹಾರ ಪದಾರ್ಥಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸುವ ಸಿರಿವಂತರಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳು, ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಧೂಮಪಾನ ಮೂಲದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎರಡೂ ವರ್ಗದವರಲ್ಲಿ ಸರಿಸಮಾನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಯಾವ ಅವಯವವೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ

ಉಪಟಳದಿಂದ ಹೊರತಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲವಾದರೂ, ಜಠರ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಸ್ತನ, ಗರ್ಭಕೋಶ, ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಪ್ರೊಸ್ಟೇಟ್, ಶಿಶ್ನ, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು ಮುಂತಾದ ಕೆಲವು ಅಂಗಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳೆಗೆ ಫಲವತ್ತಾದ ಭೂಮಿಕೆಗಳಾಗಿವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆಗೆ ಲಿಂಗಭೇದವೂ ಇಲ್ಲ. ಆದರೆ ಒಂದು ಲಕ್ಷ ಜನ ಸಮುದಾಯದಲ್ಲಿ ೯೬ ಗಂಡಸರಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಂಭವವಿದ್ದರೆ, ೧೨೬ ಜನ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲಿ ಆ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದರೆ ಏನು ?

ಈ ಮೂಲಭೂತ ಪ್ರಶ್ನೆಯನ್ನು ಅರ್ಥೈಸುವ ಮೊದಲು ನಮ್ಮ ಜೀವಸೃಷ್ಟಿಯ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ಮೂಲದತ್ತ ಗಮನ ಹರಿಸುವುದು ಅಗತ್ಯ.

ಏಕ ಜೀವಕೋಶದ 'ಅಮೀಬಾ'ದಂಥ ಜೀವಾಣುವಿನಿಂದ ನಮ್ಮ ಪ್ರಾಣಿವರ್ಗ ವಿಕಾಸಗೊಂಡಿದೆಯೆಂಬ ವೈಜ್ಞಾನಿಕ ತತ್ವ ಈಗ ನಮಗೆಲ್ಲಾ ತಿಳಿದಿರುವ ವಿಷಯ. ಅಮೀಬಾ, ತನ್ನ ಸಂತಾನಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಸತತವಾದ ಸ್ವ–ವಿಭಜನೆಯಿಂದ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಜೀವವಿಕಾಸ ಮುಂದುವರಿದಂತೆಲ್ಲಾ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ, ವಿವಿಧ ಅವಯವಗಳನ್ನು ಪಡೆದ ಪ್ರಾಣಿವರ್ಗ ಉಗಮವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಪ್ರಾಣಿಗಳ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಸಂತಾನಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಏಕಾಣು ಜೀವಿಗಳಲ್ಲಾಗುವಷ್ಟು ಸರಳವಲ್ಲ. ಅವು ತಮ್ಮ ಸಂತತಿಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸಲು ಗಂಡು–ಹೆಣ್ಣುಗಳೆಂಬ ಪ್ರತ್ಯೇಕ ಲಿಂಗ ವ್ಯವಸ್ಥೆಯನ್ನವಲಂಭಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಗಂಡಿನ ವೀರ್ಯಾಣು, ಹೆಣ್ಣಿನ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲಿ ಅದರ ಅಂಡಾಣುವನ್ನು ಸಂಧಿಸಿ ಫಲಿತಗೊಳಿಸಿದಾಗ ಮಾತ್ರ ಇನ್ನೊಂದು ಜೀವಿ ಸೃಷ್ಟಿಯಾಗಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹೀಗೆ ಮಿಲನವಾಗಿ ಒಂದಾದ ಪಿಂಡಾಣು ತನ್ನ ಮುಂದಿನ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಅಮೀಬಾದ ರೀತಿಯನ್ನು ಅನುಸರಿಸುವುದು ಆಶ್ಚರ್ಯದ ಸಂಗತಿ. ಪಿಂಡಾಣು ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಂತದವರಿಗೆ ಸತತವಾಗಿ ಹಲವಾರು ಬಾರಿ ಸ್ವ–ವಿಭಜನೆಯಾಗುತ್ತಲಿರುತ್ತದೆ. ಆ ಹಂತವನ್ನು ತಲ್ಪಿದಾಗ, ಉದ್ದೇಶಿತದ ಸಂತಾನದ ಆಕೃತಿ, ಅವಯವ, ಲಿಂಗ, ಮತ್ತಿತರ ಗುಣಾವಗುಣಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಬಿಂಬಿಸುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಒಂದು ಪೂರ್ವ ನಿಯೋಜಿತ ಯೋಜನೆಯಂತೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತವೆ. ಪ್ರತಿ ಜೀವಿಯ, ಪ್ರತಿಯೊಂದೂ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಇರುವ ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್ (Gene)ಗಳ ನಿರ್ದೇಶನದಂತೆ ಈ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲಸಾರಿ ಸೂಕ್ತ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ಜೀನ್‌ಗಳಿಂದ

ಸರಿಯಾದ ನಿರ್ದೇಶನ ದೊರೆಯದೆ ಪಿಂಡಕೋಶದ ವಿಭಜನೆ ಯಾವುದೇ ಗೊತ್ತುಗುರಿಯಿಲ್ಲದೆ ಮುಂದುವರಿಯುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಮಹಿಳೆ ಸಹಜ ರೀತಿಯ ಗರ್ಭಿಣಿಯಂತೆ ಕಂಡರೂ, ಹೆರಿಗೆಯಾದಾಗ ನಿರಾಶೆ ಕಾದಿರುತ್ತದೆ. ಮುದ್ದಾದ ಮಗುವಿನ ಬದಲು ಸಾವಿರಾರು ಸಣ್ಣ ಸಣ್ಣ ದ್ರಾಕ್ಷಿ ಹಣ್ಣುಗಳ ಗೊಂಚಲುಗಳ ಸಮೂಹದಂತಿರುವ ಗೆಡ್ಡೆಯೊಂದರ ಹೆರಿಗೆಯಾಗುತ್ತದೆ ! ಇದಕ್ಕೆ ಮೋಲಾರ್ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ (Molar Pregnancy) ಎಂದು ಹೆಸರು. ಯಾವುದೇ ಅವಯವದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಬಗೆಗೂ, ಈ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗೂ ನಿಕಟವಾದ ಹೋಲಿಕೆ ಇರುವುದರಿಂದ ಈ ಪ್ರಕರಣವನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದ್ಧರಿಸಬೇಕಾಯಿತು. ಕ್ಯಾನ್ಸರಂ ಉದ್ಭವವಾಗುವುದೂ ಒಂದು ಅವಯವದ ಕೆಲವು ಜೀವಕೋಶಗಳು ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶವಿಲ್ಲದೆ, ಅನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿ ವಿಭಜನೆಯಾಗುವುದರಿಂದಲೇ. ಮೋಲಾರ್ ಗರ್ಭಧರಿಸಿದವರ ಗರ್ಭಕೋಶದಲ್ಲೂ ಕೆಲಸಾರಿ ಕೋರಿಯೋ ಕಾರ್ಸಿನೋಮ ಎಂಬ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಆಗುವುದುಂಟು.

ಜನನವಾದ ನಂತರವೂ ಶಿಶುವಿನ ವಿವಿಧ ಅವಯುವಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆಯಾಗುವುದು ಸಹಾ ಜೀವಕೋಶಗಳ ವಿಭಜನೆಯಿಂದಲೇ. ಆದರೆ ಅವು ಒಂದು ಉದ್ದೇಶದಿಂದ, ಕ್ರಮವರಿತು ಶಿಸ್ತು – ಸಂಯಮದಿಂದ ವಿಭಜನೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಉದ್ದೇಶ ನೆರವೇರಿದ ನಂತರ ವಿಭಜನೆ ತಂತಾನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ಮಧ್ಯವಯಸ್ಸಿನ ನಂತರ ಈ ತೆರನ ವಿಭಜನಾಕಾರ್ಯ ಸ್ಥಗಿತವಾಗಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೆ ಮುಂದವರಿಯಲೂ ಬಹುದು.

ದೇಹದಲ್ಲಿ ಗಾಯವಾದಾಗ ನಾಶವಾದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ದುರಸ್ತಿನ ಕಾರ್ಯವೂ ಜೀವಕೋಗಳ ವಿಭಜನೆಯಿಂದಲೇ ಆಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಲು ಗಾಯದ ತಳಭಾಗದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಅದರ ಆಳವನ್ನು ತುಂಬುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಅವು ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟಕ್ಕೆ ಬಂದಾಗ ಗಾಯದ ಅಂಚಿನ ಚರ್ಮದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಗಾಯದ ಅಂತರವನ್ನು ಮುಚ್ಚುತ್ತವೆ. ಇದೂ ಸಹಾ ಉದ್ದೇಶ ಪೂರಿತ. ನಿರ್ದೇಶಿತ ಹಾಗೂ ನಿರ್ಬಂಧಿತ ವಿಭಜನಾ ಕಾರ್ಯವೆ. ಕೆಲವು ತೆರನ ಗಾಯಗಳು ಜೀವಕೋಶಗಳು ಒಂದೊಂದು ಸಾರಿ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶವಿಲ್ಲದೆ, ಅನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿ ವಿಭಜನೆಯನ್ನು ಮುಂದುವರಿಸುವುದುಂಟು. ಅದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯ ಹಾದಿ. ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗದೇ ಮುಂದುವರಿಸಯುತ್ತಿರುವ ಗಾಯದಲ್ಲಿ ಈ

ರೀತಿಯ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವುದನ್ನು ಮಾರ್ಜೋಲಿನ್ಸ್ ವ್ರಣ (Marjolin's Ulcer) ಎನ್ನಲಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂದರೆ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹ ಯಾವುದೇ ಉದ್ದೇಶ, ನಿರ್ದೇಶನ, ನಿಬಂಧನೆಗಳಿಗೊಳಪಡದೆ, ಯದ್ವಾ-ತದ್ವಾ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಮುಂದವರಿದು ಬೆಳೆಯುವುದನ್ನೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆಯೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಬಹುದು. ಈ ತರಹೆಯ ವಿಭಜನೆಯಿಂದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಆ ಭಾಗ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತದೆ. ತನ್ನ ಸುತ್ತಲ ಜೀವಕೋಶ ಕಣ ಜಾಲಗಳ ಸಂದು-ಗೊಂದುಗಳಲ್ಲಿ ನುಸುಳಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ ; ಮುಂದೆ ಅವುಗಳನ್ನು ನಾಶಪಡಿಸುತ್ತವೆ ಕೂಡ. ಹೀಗೆ ತನ್ನ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳನ್ನು ಚುರುಕಿನಿಂದ "ತಿಂದು" ನಾಶ ಮಾಡುವ ಲಕ್ಷಣ ಹೊಂದಿರುವ ಈ ವ್ಯಾಧಿಗೆ 'ಏಡಿ ಗಂತಿ', "ಅರ್ಬುದ" ಎಂಬ ಹೆಸರುಗಳು ಅನ್ವರ್ಥನಾಮಗಳಾಗಿವೆ. ಇಂಗ್ಲಿಷ್‌ನಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದರೆ ಏಡಿ ಎಂದೇ ಅರ್ಥ. ಸಭ್ಯ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಬ್ಬ ಹಠಾತ್ತನೆ ಹುಚ್ಚು ಹಿಡಿದು ಸುತ್ತಲಿರುವ ಬಂಧು ಬಾಂಧವರ ಮೇಲೆ ಹಲ್ಲೆಗೆ ಎರುಗುವಂತಹ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಗಮವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಹೋಲಿಸಬಹುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಕಾರಣಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾಯಿಲೆ ಉದ್ಭವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಯಾವುದೇ ಒಂದು ಖಚಿತ ಕಾರಣಗಳನ್ನು ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಹೇಳುವುದು ಕಷ್ಟ. ಆದರೂ ಆ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ಮಾರ್ಗಸೂಚಿಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವ್ಯಕ್ತಿಗತ ಆಂತರಿಕ ಕಾರಣಗಳಾಗಿದ್ದರೆ (Endogenous Factors) ಇನ್ನು ಕೆಲವು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಕಾರಣಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. (Exogenous Factors.)

ಕೆಲವು ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ತರಹೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಉದಾ : ಶ್ವೇತ ವರ್ಣೀಯರಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್.

ತೀರಾ ಎಳೆಯರು ಹಾಗೂ ತೀರಾ ವಯಸ್ಸಾದ ವೃದ್ಧರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿ. ಈ ಎರಡೂ ಕಟ್ಟಕಡೆಯ ವಯಸ್ಸಿನವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆ ಇರುವುದೇ ಇದರ ಕಾರಣವಿರಬಹುದು. ಪುರುಷರಿಗಿಂತ ಮಹಿಳೆಯರಲ್ಲೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಜಾಸ್ತಿ ಇರುವುದನ್ನು ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಸ್ತನ ಮತ್ತು ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅವರಲ್ಲೇ ಹೆಚ್ಚು.

ಒಂದೇ ವಂಶದವರಲ್ಲಿ (ಕುಟುಂಬ) ಕೆಲವು ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅವರೆಲ್ಲರ ವಂಶವಾಹಿಗಳಲ್ಲಾಗಿರಬಹುದಾದ ವಿಕಾರಗಳಿಂದ

ಹೀಗಾಗಬಹುದು.

ಇನ್ನು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಕಾರಣಗಳಲ್ಲಿ "ಕೆರಳಿಕೆ" (Irritation) ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ಕೆರಳಿಕೆ, ಭೌತಿಕ, ರಾಸಾಯನಿಕ, ಇಲ್ಲವೆ ವಿಕಿರಣತೆಗಳಿಂದುಂಟಾಗಬಹುದು. ವೈರಸ್ ಸೋಂಕೂ ಸಹಾ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಉಗಮಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬಹುದೆಂಬ ಶಂಕೆಯೂ ಇದೆ. ಇವುಗಳನ್ನೆಲ್ಲಾ ಒಟ್ಟಾಗಿ 'ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ'ಗಳೆಂದು ಕರೆಯಬಹುದು.

ಈ ಎಲ್ಲಾ ಆಂತರಿಕ ಮತ್ತು ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕ ಅಂಶಗಳು ಬಹಳಷ್ಟು ಸಾರಿ ಒಂದಕ್ಕೊಂದು ಪೂರಕವಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆ. ಜನಾಂಗ, ವಯಸ್ಸು, ಲಿಂಗ, ಆನುವಂಶೀಯ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಿದ್ದವರು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಕಾರಕ ಬಾಹ್ಯ ಪರಿಸರಕ್ಕೊಳಪಟ್ಟಾಗ, ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ.

ಯಾವುದೇ ಕಾರಣದಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದರೂ ಅದು ಹಠಾತ್ತಾಗಿ ಒಮ್ಮೆಲೇ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲ. ಒಂದು ಅಯವದ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರದೊಡನೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಾಲ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದುವಂತಾದರೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಮೊದಲ ಹಂತದ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಆರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಹಂತವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ, ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ, ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಾಗುತ್ತಿರುವ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಸ್ಥಗಿತವಾಗಿ, ಅವು ಮತ್ತೆ ಎಂದಿನ ಸಹಜ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಹಿಂದಿರುಗಲು ಸಾಧ್ಯ. ಹಾಗಾಗದೆ ಅದೇ ಪರಿಸರ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಮುಂದುವರಿದರೆ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಬದಲಾಗದಂತಹ ಮುಂದಿನ ಹಂತವನ್ನು ತಲುಪುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಜನ ಸಮುದಾಯದ ೩೫–೬೫ರ ವಯಸ್ಸಿನ ಅಂತರದಲ್ಲಿರುವ ಒಂದು ಸಹಸ್ರ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದಾದ, ಇಲ್ಲವೆ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ಅಂತರ ಕೇವಲ ೨ ರಿಂದ ೫ರಷ್ಟು ಎಂಬ ಅಂದಾಜಿದೆ. ಆದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಅವುಗಳ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಕಡಿದು ಹಾಕಲು ಸಾಧ್ಯವಿರುವುದರಿಂದ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಬರಿಯಾಗುವ ಪ್ರಮೇಯವಿಲ್ಲ.

ಕೆರಳಿಕೆ : ಒಂದು ಅವಯವ ಅಥವಾ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಸದಾ ಕೆರಳುವ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ ಉಂಟಾಗಿ, ಬಹಳ ಕಾಲ ಮುಂದುವರಿದರೆ, ತಮ್ಮ ರಕ್ಷಣೆಗಾಗಿ ಅವು ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವುದು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ. ಗಾಯಗಳು ದುರುಸ್ತಾಗುವಾಗ ಜೀವಕೋಶಗಳ ವಿಭಜನೆಯ ನಿಯಂತ್ರಣ

ತಪ್ಪಿದರೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗುವುದನ್ನು ಈ ಮೊದಲೇ ಪ್ರಸ್ತಾಪಿಸಲಾಗಿದೆ. ಕಾಶ್ಮೀರದ ಚಳಿಯನ್ನು ನಿಭಾಯಿಸಲು ಕೆಲವರು ಹೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ತೊಡೆಗಳ ಅಂತರದ ಜಾಗದಲ್ಲಿ 'ಕಾಂಗರಿ'ಗಳೆಂಬ ಉರಿಯುವ ಕೆಂಡದ ಅಗ್ಗಿಷ್ಟಿಕೆಗಳನ್ನಿರಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೆ. ಈ ಶಾಖದ ಕೆರಳಿಕೆಯಿಂದ ಆ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ಮೊದಲು ಸುಟ್ಟ ಸಣ್ಣ ಪುಟ್ಟ ವ್ರಣಗಳಾಗುತ್ತಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂದೇ ಅವೇ ಕಾಂಗರೀ-ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಇದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಇಂಗ್ಲೆಂಡ್‌ನ ಚಿಮಣಿ ಗುಡಿಸುವ ಕಾರ್ಮಿಕರ ವೃಷಣ ಚೀಲದಲ್ಲಾಗುತ್ತಿದ್ದ ವ್ರಣ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುತ್ತಿತ್ತು. ಚಿಮಣಿಯ ಹೊಗೆಯ ಬೂದಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತಿದ್ದ ಡೈ-ಬೆನ್‌ಜೀನ್ ಆಂಥ್ರ ಸೀನ್ ಎಂಬ ರಾಸಯನಿಕ ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿತ್ತು.

ವೈರಸ್ : ನೆಗಡಿ, ಇನ್‌ಫ್ಲುಯೆಂಜಾ, ಮೈಲಿ, ಸಿಡುಬು ಮುಂತಾದ ರೋಗಗಳಿಗೆ ವೈರಸ್‌ಗಳೆಂಬ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಕಣಗಳೇ ಕಾರಣವೆಂಬುದು ಈಗ ಎಲ್ಲರಿಗೂ ತಿಳಿದಿರುವ ವಿಷಯ. ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಯಂತ್ರದಲ್ಲಿ ನೋಡಬಹುದಾದ ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾಗಳಿಗಿಂತಲೂ ಸಾವಿರಾರು ಪಾಲು ಕಿರಿದಾಗಿರುವ ವಿಷಮ ಜೀವಕಣಗಳೇ ವೈರಸ್ಸುಗಳು. ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನ್ ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರ ಅವುಗಳನ್ನು ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಕೆಲವು ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ ವೈರಸ್ಸು ಕಾರಣವಿರಬಹುದೆಂದು ಶಂಕೆ ಈ ಶತಮಾನದ ಆದಿಯಿಂದಲೂ ಇದೆ. ಕೋಳಿಗಳಿಗೆ ತಗುಲುವ ಒಂದು ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು (ಚಿಕನ್ ಸಾರ್ಕೋಮಾ) ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗದಂತೆ ಒಂದು ಕೋಳಿಯಿಂದ ಇನ್ನೊಂದಕ್ಕೆ ಹರಡುವುದರಲ್ಲಿ ರೌಸ್ (Rouse) ಎಂಬ ವಿಜ್ಞಾನಿ ೧೯೧೧ರಲ್ಲೇ ಯಶಸ್ಸುಗಳಿಸಿದ್ದರು. ಕೆಲವು ಪ್ರಾಣಿ ಪಕ್ಷಿಗಳಲ್ಲಿ ಈಗಲೂ ಇಂಥಾ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳಿವೆ. ಆದರೆ ಮನುಷ್ಯ ಮತ್ತಿತರ ಮೇಲ್ವರ್ಗದ ಪ್ರಾಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಸಂಪೂರ್ಣ ಯಶಸ್ಸು ದೊರಕಿಲ್ಲ. ಜೀವಕೋಶಗಳ ಒಳಗಡೆ ವಾಸ್ತವ್ಯ ಹೂಡಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವ ವೈರಸ್ಸುಗಳು ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಚೋದನೆಯ ಗುಣವನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಗಳಿಗೂ ಕೊಂಡೊಯ್ಯಬಹುದೆಂಬ ನಂಬಿಕೆ ಹಲವು ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳಿಗಿದೆ.

ಅನುವಂಶೀಯತೆ : ತಂದೆ-ತಾಯಿ, ಮಕ್ಕಳು, ಸಹೋದರ-ಸಹೋದರಿಯರು ಮುಂತಾದ ಹತ್ತಿರದ ರಕ್ತ ಸಂಬಂಧಿಕರಲ್ಲಿ ಒಂದೇ ಬಗೆಯ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ರೆಟಿನೋಬ್ಲಾಸ್ಟೋಮಾ ಎಂಬುದೊಂದು ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಅಪರೂಪದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್. ಅದು ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವುದು ಖಚಿತವಾಗಿದೆ. ಚಿತ್ಪಾವನ ಬ್ರಾಹ್ಮಣರ

ಕೆಲವು ಕುಟುಂಬಗಳಲ್ಲಿ ಅದು ಪದೇ ಪದೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಿದರ್ಶನಗಳಿವೆ. ಬ್ರೋಕಾ (Broca) ಎಂಬ ವೈದ್ಯ ವಿಜ್ಞಾನಿ ಒಂದು ಕುಟುಂಬದ ೨೬ ಜನರಲ್ಲಿ ೧೬ ಮಂದಿ ಸ್ತನ, ಯಕೃತ್ತು, ಗರ್ಭಕೋಶ ಮುಂತಾದ ಅವಯವಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗದಿಂದ ಸತ್ತವರ ದಾಖಲೆಯನ್ನು ಪತ್ತೆ ಮಾಡಿದ್ದರು. ವಂಶವಾಹಿಗಳಲ್ಲಾಗುವ ವಿಕಾರಗಳೇ ಇದಕ್ಕೆ ಕಾರಣವೆನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ಕುಟುಂಬದ ಪೂರ್ವಿಕರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದ್ದ ನಿದರ್ಶನವಿದ್ದ ಮಾತ್ರಕ್ಕೆ ಅವರ ಸಂತತಿಯವರಲೆಲ್ಲಾ ಅದು ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆಂದು ಖಚಿತವಾಗಿ ಹೇಳಲು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದ್ದ ಪೂರ್ವಿಕರಿದ್ದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರದಲ್ಲೇ – ಕೆರಳಿಕೆ, ವಿಕಿರಣತೆ, ಧೂಮಪಾನ– ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆಯವರೂ ಮುಂದುವರಿದರೆ, ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ಎನ್ನುವುದರಲ್ಲಿ ಸಂದೇಹವಿಲ್ಲ. ಅದಕ್ಕೊಂದು ಉದಾಹರಣೆ ನೋಡೋಣ:

ಧೂಮಪಾನದ ಚಟದವರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚೆಂಬುದು ಈಗ ನಿರ್ವಿವಾದ. ಹೀಗೆ ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡುವವರೇ ಅಲ್ಲದೆ, ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡದ ಅವರ ಮಕ್ಕಳ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಒಳಪರೆಯಲ್ಲಿ ಇರುವ ಒಂದು ಬಗೆ ಎನ್‌ಜೈಮ್, ಧೂಮಪಾನ ಮಾಡದವರ ಕುಟುಂಬದವರಿಗಿಂತ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿರುವುದು ಕಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಧೂಮಪಾನಿಗಳಲ್ಲದವರ ಮಕ್ಕಳು ಅತಿಯಾದ ಧೂಮಪಾನದ ಅಭ್ಯಾಸ ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡರೂ ಅವರಲ್ಲಿ ಈ ಎನ್‌ಜೈಮ್ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆ ಮಟ್ಟದಲ್ಲೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಎನ್‌ಜೈಮ್ ಜಾಸ್ತಿ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿದ್ದ ಪೂರ್ವಿಕರು ಮತ್ತು ಅವರ ಸಂತತಿ ಅನೇಕರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣ ಅತಿ ಹೆಚ್ಚು. ಹಾಗೆಯೇ ಧೂಮಪಾನಿಗಳಾಗಿರದ ಪೂರ್ವಿಕರ ಸಂತತಿಯವರು ಧೂಮಪಾನಾಭ್ಯಾಸ ಬೆಳಸಿಕೊಂಡರೂ ಅವರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಮ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಗಮನಿಸಬೇಕಾದ ಅಂಶ. ಇದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಎಳೆಯ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ಮುಟ್ಟು ತೀರುವೆಯಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಸ್ತನಗಳ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದವರ ಮತ್ತು ಎರಡೂ ಸ್ತನಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿದ್ದ ತಾಯಂದಿರ ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಬಹುದಾದ ಪ್ರಮಾಣ, ಇತರರ ಮಕ್ಕಳಿಗಿಂತ ಅತೀ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೋಡಬಹುದು. ಸ್ತ್ರೀಲಿಂಗಕಾರಿ ರಸಚೋದನಿ (Oestrogen) ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಮುಖ ಪಾತ್ರವಹಿಸುತ್ತದೆ. ತಾಯಂದಿರಲ್ಲಿದ್ದ ಈ ಚೋದನಿಯ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣದ ಲಕ್ಷಣ ವಂಶವಾಹಿಗಳ ಮೂಲಕ ಮಕ್ಕಳಿಗೂ ಪ್ರವಹಿಸಿ, ಅವರಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್

ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತವೆನ್ನಬಹುದು.

ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಮಿಕ್ಕೆಲ್ಲಾ ಗುಣಾವಗುಣಗಳಂತೆ, ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಗುಣವೂ ಕೂಡ ಆಯಾ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ವಂಶವಾಹೀ ಜೀನ್ಸ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಅಚ್ಚೊತ್ತಿರುತ್ತದೆಂಬುದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ಶ್ರುತಪಟ್ಟಿದೆ. ಅವನ್ನು ಆಂಕೋಜೀನ್ಸ್ (Onco-genes)ಗಳೆಂದು ಗುರುತಿಸಲಾಗಿದೆ. ಆಂಕೋಜೀನ್ಸ್‌ಗಳು ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಲ್ಲೂ ಇರಬಹುದಾದರೂ, ಸೂಕ್ತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರದ ಕೆರಳಿಕೆ, ವಿಕಿರಣತೆ, ಚೋದನಿಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆಗಳಿರದಿದ್ದರೆ ಅವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸಲಾರದು. ಈ ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ – ಸಂಭವದ ಒಲವು (Tendency) "ಮಿಮ್ಮಿಗಿಲಾದ ಜೀನ್"ಗಳ (Dominant) ಮೂಲಕ ವಂಶಪಾರಂಪರ್ಯವಪಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗಬಹುದು.

ಪರಿಸರ, ಪದ್ಧತಿ, ಚಟ, ಆಹಾರಗಳ ಪ್ರಭಾವ : ಜನ ಜೀವಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚಟ/ಅಭ್ಯಾಸ ಹಾಗೂ ಜೀವನದ ಶೈಲಿಗಳಿಗೂ, ಈಗ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತಿರುವ ಹಲವಾರು ನಮೂನೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಿಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದಕ್ಕೆ ಈಗ ಹೇರಳ ಪುರಾವೆಗಳು ಸಿಗುತ್ತಿವೆ.

ರೇಡಿಯಂ, ಥೋರಿಯಂ, ಕೋಬಾಲ್ಟ್ ಮುಂತಾದ ಅಣುವಿಕಿರಣತೆಯ ಗುಣಗಳಿರುವ ಸಾಮಗ್ರಿಗಳು ಹೇರಳವಾಗಿ ದೊರೆಯುವ ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ವಾಸಿಸುವ ಜನರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರ ಕಡೆಯವರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು. ಈ ಖನಿಜಗಳ ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾರ್ಯನಿರತವಾಗಿರುವವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಮಾಣ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆಸ್ಟ್ರೇಲಿಯಾದ ಕ್ವೀನ್ಸ್‌ಲ್ಯಾಂಡ್ ಪ್ರಾಂತದಲ್ಲಿ ಉರಿಬಿಸಿಲಿನ ಜಳಕ ಇತರ ಕಡೆಗಳಿಗಂತ ಜಾಸ್ತಿ ಎನ್ನಲಾಗಿದೆ. ಅಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುವ ಶ್ವೇತವರ್ಣೀಯರಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಹಳ ಜಾಸ್ತಿಯೆಂದು ಕಂಡುಬಂದಿದೆ. ಬಿಸಿಲಿನ ಜಳಕದಿಂದ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವ ಮೆಲನಿನ್ ಬಣ್ಣ ವಸ್ತು (Melanin Pigment) ಬಿಳಿಯರ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿರದಿರುವುದೇ ಇದರ ಮೂಲ ಕಾರಣ. ವಿದ್ಯುತ್ – ಅಯಸ್ಕಾಂತ ಪರಿಸರ (Electro-Magnetic Field)ದ ವಲಯಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ಸಮಯ ಕಾರ್ಯನಿರತರಾಗುವ ಎಲೆಕ್ಟ್ರಿಕ್, ಎಲೆಕ್ಟ್ರಾನಿಕ್, ಟೆಲಿವಿಷನ್ ಕೆಲಸಗಾರರಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಲ್ಯೂಕೀಮಿಯಾ)ನ ಪ್ರಮಾಣ ಇತರರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆಯೆಂದು ಇತ್ತೀಚಿನ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿದೆ. ಅಂತಹ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿ ಓಜೋನ್ ಎಂಬ ಆಮ್ಲಜನಕದ ಅಂಶ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತಿದ್ದು ಅಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕೆಲವು

ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗುವುದರಿಂದ ಲೂಕೀಮಿಯ ಉದ್ಭವಿಸುತ್ತದೆನ್ನಲಾಗಿದೆ.

ಧೂಮಪಾನಕ್ಕೂ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗೂ ನಿಕಟ ಸಂಬಂಧವಿರುವುದು ಈಗ ಸಾಬೀತಾಗಿದೆ. ಎಲೆ, ಅಡಿಕೆ, ತಂಬಾಕು ಮತ್ತು ಸುಣ್ಣದ ಮಿಶ್ರಣವನ್ನು ಬಾಯಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಸದಾ ಜಗಿಯುವ ಅಭ್ಯಾಸವಿರುವ ಭಾರತೀಯರು ಮತ್ತಿತರ ಪೌರ್ವಾತ್ಯ ರಾಷ್ಟ್ರಗಳ ಜನರಲ್ಲಿ ಬಾಯಿ ಮತ್ತು ಗಂಟಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ನೋಡುತ್ತೇವೆ.

ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ ಮೀನು ಕೆಡದಂತೆ ಶೇಖರಿಸಲು ಹೊಗೆಯಲ್ಲಿ ಒಣಗಿಸುವ ರೂಢಿ ಇದೆ. ಈ ಮೀನುಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಿನ್ನುವ ಜಪಾನೀಯರಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸುತ್ತಿದೆ. ಜಪಾನಿನವರು ಅನೇರಿಕಾದಲ್ಲಿ ನೆಲಸಿ ಅಲ್ಲಿನ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಮಾಡಿಕೊಂಡಾಗ ಅವರಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತವೆ. ಅರ್ಧ ಶತಮಾನದ ಹಿಂದೆ ಅಮೆರಿಕಾದಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿತ್ತು. ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳು ಕೆಡದಂತೆ ಕಾಪಾಡಲು ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದ ರಾಸಾಯನಿಕಗಳ ಪ್ರಚೋದನೆ ಈ ಹೆಚ್ಚಳದ ಕಾರಣವಾಗಿತ್ತು; ನಂತರದ ವರ್ಷಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬಂದ ಶೀತಲ – ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಶೇಖರಿಸಿಡುವ ರೂಢಿಯಾದಂತೆಲ್ಲಾ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಪ್ರಮಾಣ ಇಳಿಮುಖವಾಯಿತು. ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಲ್ಲಿ ದೊಡ್ಡ ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಉಪಟಳ ಜಾಸ್ತಿಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈಗ ಅಲ್ಲಿಯ ಜನ ಹೆಚ್ಚು ಪರಿಷ್ಕರಣಕ್ಕೊಳಗಾದ ಹಾಗೂ ಪೂರಯಿತವಾದ ಪಿಷ್ಟ, ಕೊಬ್ಬು ಮತ್ತು ಮಾಂಸ ಮೂಲದ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಬಳಸುವ ಅಭ್ಯಾಸ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿದೆ. ಇದರಿಂದ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನ ಶೀಘ್ರ ಚಲನೆಗೆ ಅವಶ್ಯಕವಾದ ಗಾತ್ರ (Bulk)ವನ್ನು ಒದಗಿಸುತ್ತಿದ್ದ ನಾರು, ಮರದೆಳೆಗಳಂತಹವು ತೀರಾ ಕಡಿಮೆಯಾದವು. ಪಚನವಾಗದೇ ಉಳಿದ ಆಹಾರದ ಶಿಲುಕಿನಿಂದ ತಯಾರಾದ ಮಲ ಕರುಳಿನಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಸಮಯ ತಂಗಿದ್ದು, ಕೊಳೆಯುವಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆಯಾಗುವ ಕೆಲವು ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳು ಕರುಳಿಗೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕಗಳಾಗಿ ವರ್ತಿಸುತ್ತವೆಂದು ನಂಬಲಾಗಿದೆ.

ಆಹಾರದ ಕೆಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆ ಇದ್ದಾಗಲೂ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳು ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಕಬ್ಬಿಣದ ಅಂಶ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಗಂಟಲಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್, ಜೀವಸತ್ವ ರೈಬೋಫ್ಲೇವಿನ್ ಕಡಿಮೆ ಇರುವವರಲ್ಲಿ ಜಠರ, ಕರುಳಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಜಾಸ್ತಿಯಾಗಿರುವುದನ್ನು ಇಲ್ಲಿ ಉದಹರಿಸಬಹುದು.

ಹಲವು ಪೌಷ್ಟಿಕಾಂಶಗಳ ಕೊರತೆಯಿಂದ ಬಳಲುವ ಆಫ್ರಿಕನ್ನರಲ್ಲಿ ಯಕೃತ್ತಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ.

ಶಿಶು ಜನಿಸಿದ ಕೂಡಲೇ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ರೂಢಿ ಇರುವ ಯೆಹೂದ್ಯ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ದಾಖಲೆಗಳು ಈವರೆಗೂ ಇಲ್ಲ. ಐದಾರು ವರ್ಷಗಳ ನಂತರ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ಮುಸ್ಲಿಂ ಜನಾಂಗದವರಲ್ಲಿ ಶಿಶ್ನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆದ ಅಪರೂಪದ ನಿದರ್ಶನಗಳು ಮಾತ್ರ ಇವೆ. ಆದರೆ ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸುವ ರೂಢಿ ಇಲ್ಲದ ಆಫ್ರಿಕನ್ನರು ಮತ್ತು ಭಾರತೀಯರಲ್ಲಿ ಅದರ ಪ್ರಮಾಣ ಹೆಚ್ಚಾಗಿದೆ. ಸುನ್ನತಿ ಮಾಡಿಸದವರ ಶಿಶ್ನದ ಮುಂದೊಗಲಿನೊಳಗಡೆ ಸೆಗ್ಮಾ ಎಂಬ ಪಿಸುರು ಉಂಟುಮಾಡುವ ಕೆರಳಿಯೇ ಈ ರೀತಿಯ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಿಗೆ ಕಾರಣ. ಇದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಕೋಶದಲ್ಲಿ ನೆಲಸಿ, ಕೆರಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುವ ತಟ್ಟೆ ಹುಳುವಿನ (Shistosomiasis) ಬಾಧೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ಈಜಿಪ್ಟಿನವರಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರಕೋಶದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ.

ಹೀಗೆ ನಾವು ವಾಸಿಸುವ ಪರಿಸರ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡ ಚಟ, ಅಭ್ಯಾಸ, ಪದ್ಧತಿಗಳ ಪ್ರಭಾವದಿಂದ ಉಂಟಾಗಬಹುದಾದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳ ಉದಾಹರಣೆಗೆ ಮಿತಿಯೇ ಇಲ್ಲವೆನ್ನಬಹುದು. ಸಂಕ್ಷಿಪ್ತವಾಗಿ, ನಮ್ಮೆಲ್ಲರ ವಂಶವಾಹಿ ಜೀನ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉಂಟು ಮಾಡುವ ಗುಣ ಅಚ್ಚೊತ್ತಿದ್ದು (ಅದು ವೈರಸ್ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಪ್ರಚೋದಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರಲೂ ಬಹುದು) ಸೂಕ್ತ ಪರಿಸರ, ಆಹಾರಾಭ್ಯಾಸ, ಚಟ ರೂಢಿಗಳು ಅನುಕೂಲವಾಗಿದ್ದವರಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವಿಸುವ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ರೀತಿಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಂದಾಗ ಗೆಡ್ಡೆ ಏಳುವುದೋ ಅಥವಾ ವ್ರಣವಾಗಿರಬಹುದೋ ಎಂಬ ಅಭಿಪ್ರಾಯ ಜನಜನಿತವಾಗಿದೆ. ಆದರೆ ರಕ್ತ ಮತ್ತಿತರ ಬಗೆಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳಲ್ಲಿ ಆ ತರಹೆಯ ಬಾಹ್ಯ ಕುರುಹುಗಳಾವೂ ಇರಲಾರವು.

ಹೆಚ್ಚಿನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕರಣಗಳು ಗೆಡ್ಡೆ ಏಳುವುದರಿಂದಲೇ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಎಲ್ಲಾ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ತೀರಾ ಸರಳ ರೀತಿಯವಾಗಿದ್ದು (Benign) ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಯುಂಟು ಮಾಡಲಾರವು. ಇವುಗಳೂ ಸಹಾ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಅನಿರ್ಬಂಧಿತ

ವಿಭಜನೆಯಿಂದಲೇ ಶುರುವಾಗುವುದಾದರೂ, ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಹಂತದಲ್ಲಿ ವಿಭಜನೆ ಸ್ಥಗಿತವಾಗುತ್ತದೆ. ನಿಧಾನಗತಿಯಿಂದ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಹೊಂದುವ ಈ ಗೆಡ್ಡೆಗಳು ತಮ್ಮ ಸುತ್ತಣ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡ ಉಂಟು ಮಾಡಬಹುದೇ ಹೊರತು ಇತರ ಪ್ರದೇಶಗಳಿಗೆ ಹರಡುವುದಿಲ್ಲ. ಅವುಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕಿ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದು. ಅಪರೂಪಕ್ಕೆ ಅವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಬಹುದು.

ಇನ್ನುಳಿದವು ಅತ್ಯುಗ್ರ ರೀತಿಯ ಅಥವಾ "ಮೆಲಿಗ್ನೆಂಟ್" (Malignanat) ರೀತಿಯ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಅವು ಅತಿ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಬೆಳೆದು, ಬಹು ಬೇಗ ಗಾತ್ರದಲ್ಲಿ ಹಿರಿದಾಗುತ್ತವೆ; ಸುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳೊಳಗೆ ಪ್ರಸರಿಸುವುವಲ್ಲದೆ, ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೂ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ಜೀವಕೋಶದೊಳಗಿನ "ನಡು ಬೀಜ" ಮತ್ತು "ವರ್ಣತಂತು"ಗಳಲ್ಲಿ ತೀವ್ರಗತಿಯ ವಿಭಜನೆಯ ಕುರುಹುಗಳಿರುತ್ತವೆ.

ಬಹಳ ಸಮಯದಿಂದ ವಾಸಿಯಾಗದ ಕೆಲವು ಹುಣ್ಣುಗಳಲ್ಲಿ ಮೆಲಿಗ್ನೆಂಟ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳಾಗಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ವ್ರಣಗಳಾಗಿಯೇ ಉದ್ಭವಿಸಬಹುದು ವಿಳಂಬಗತಿಯ ಜಠರದ ಹುಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಾಧ್ಯತೆ ಇರುತ್ತದೆ; ಹುಣ್ಣಿನಂತಹದೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜಠರದಲ್ಲಿ ವ್ರಣ, ತಂತಾನೆ ಉದ್ಭವಿಸಲೂ ಬಹುದು.

ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ : ಕೆಲವು ತೆರನ ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳು ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅತಿಯಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗಿ ಲ್ಯೂಕೀಮೀಯ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತ, ಗುಲ್ಮ ಮತ್ತು ಯಕೃತ್ ಮುಂತಾದವು ಊದಿಕೊಂಡು ಈ ವ್ಯಾಧಿಯ ಇರುವನ್ನು ಪ್ರಕಟಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಹರಡುವ ಬಗ್ಗೆ

ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಬದಲಾವಣೆ ಹೊಂದುವ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸಮೂಹ ಹಿರಿದಾಗಿ ಸುತ್ತಲ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಜಾಲದ ಸಂದಿಗೊಂದುಗಳಲ್ಲಿ ತೂರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ; ಮುಂದೆ ಅವುಗಳ ವಿನಾಶಕ್ಕೂ ಕಾರಣವಾಗುತ್ತವೆ. ಇದು ಅವು ಸ್ಥಳೀಯವಾಗಿ ಹರಡುವ ರೀತಿ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಉದ್ಭವವಾಗಿರುವ ಪ್ರದೇಶಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಹಾಲ್ರಸ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಹತ್ತಿರದ ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಮೊದಲು ಹರಡುತ್ತವೆ. ನಂತರ

ದೇಹದಲ್ಲಿನ ದೂರ ದೂರದ ಜಾಗಗಳಿಗೂ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಯೂರಿದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಮತ್ತೆ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಗೆಡ್ಡೆಯಂತೆ ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ರಕ್ತ ಪ್ರವಾಹದಲ್ಲೂ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ತೇಲಿ ಹೋಗಿ ದೂರ ದೂರದ ಅವಯವಗಳಲ್ಲಿ ನಾಟಿಯಾಗಿ ಬೆಳೆಯುತ್ತವೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಯಕೃತ್ತು. ಮೂಳೆಗಳು ಮತ್ತು ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನಾಟಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ನಾಟಿಯಾದವು ಮೂಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ಮೊದಲೇ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು (Occult) ಪತ್ತೆಯಾದ ನಂತರ, ಅದು ಬೆಳಕಿಗೆ ಬರುವುದುಂಟು. ನಾಟಿಯಾದ ಜೀವಕೋಶದ ಲಕ್ಷಣ ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ತಿಳಿದಾಗ ಮೂಲ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಇರುವ ಅವಯವವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದು ಅಪರೂಪವೇನಲ್ಲ.

ಯಾವುದೇ ಅವಯವದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಬದಲಾವಣೆಗಳು ಕಂಡು ಬಂದಾಗ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗಿರಬಹುದಾದ ಸಾಧ್ಯತೆಗಳನ್ನು ಪರಿಗಣಿಸಬೇಕು :

* ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಗುಣವಾಗದ ಹುಣ್ಣು
* ಸ್ತನ ಅಥವಾ ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಗೆಡ್ಡೆ ಅಥವಾ ಬಾವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು.
* ಮೈಮೇಲೆ ಮೊದಲಿನಿಂದಲೂ ಇದ್ದ ಮಚ್ಚೆಯ (Moles) ಗಾತ್ರ ಅಥವಾ ಬಣ್ಣದಲ್ಲಿ ಹಠಾತ್ ಬತಲಾವಣೆಯಾಗುವುದು.
* ಬಹಳ ಕಾಲದಿಂದ ಗುಣವಾಗದ ಉದರ ಬೇನೆ, ಅಜೀರ್ಣ ರೋಗ, ಇತ್ಯಾದಿ
* ಉಸಿರಾಡಲು, ನುಂಗಲು, ಮಾತಾಡಲು ಇಲ್ಲವೆ ಮಲ ವಿಸರ್ಜನೆಗಳಿಗೆ ತಡೆಯಾಗುವುದು.
* ಸಾಮಾನ್ಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳಿಗೆ ಮಣಿಯದ ಕೆಮ್ಮು, ರಕ್ತ ಕಫ, ಗಡಸು ಧ್ವನಿ ಇತ್ಯಾದಿ.
* ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಕ್ತವಾಂತಿ, ರಕ್ತಮಲ ಉಂಟಾಗುವಿಕೆ.
* ಸ್ತ್ರೀಯರ ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿ ಮತ್ತು ರಕ್ತಸ್ರಾವಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗಳಾಗುವುದು.
* ಆಯಾ ಅಂಗಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ವಿಶೇಷ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಪ್ರಕಟವಾದಾಗ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ಯಶಸ್ವೀ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಗುಟ್ಟು ಅವುಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಹಂತವನ್ನವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೆಯಾದರೆ ಅದನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬಗೆಗೆ ಅರಿವು ವೈದ್ಯರಿಗೇ ಅಲ್ಲದೇ ಜನ ಸಾಮಾನ್ಯರಲ್ಲೂ ಇರಬೇಕಾದುದು ಅವಶ್ಯಕ. ಪೂರ್ವಿಕರಲ್ಲಿದ್ದ ಕಾಯಿಲೆಗಳ ಮಾಹಿತಿ, ವಾಸಿಸುವ ಹಾಗೂ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಜಾಗದ ಪರಿಸರ, ಉದ್ಯೋಗದ ನಮೂನೆ, ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರ ವಸ್ತುಗಳ ಪರಿಚಯ, ರೂಢಿಸಿಕೊಂಡಿರುವ ಚಟ, ಅಭ್ಯಾಸ ಇತ್ಯಾದಿಗಳ ಬಗೆಗಿನ ಮಾಹಿತಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಸಹಕಾರಿಯಾಗಬಲ್ಲವು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಆಗುವ ಸಂಭವ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವ ವಯಸ್ಸು ಲಿಂಗ ಮತ್ತು ಪರಿಸರದಲ್ಲಿರುವ ಜನ ಸಮುದಾದವರನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪತ್ತೇ ಮಾಡುವ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಒಳಪಡಿಸುವ ಪರಿಪಾಟ ಈಗ ಕೆಲವು ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ರೂಢಿಯಲ್ಲಿದೆ. ನಾರು ಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುಬೀರ್ನುಗಳು ಲಭ್ಯವಾದಾಗಿನಿಂದ ಜಪಾನಿನಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಬಳಸುತ್ತಿದ್ದಾರೆ. ಇದರಿಂದ ಅಲ್ಲಿ ಜಠರದ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ಶುರುವಿನಲ್ಲೇ ಪತ್ತೆ ಮಾಡಿ, ಯಶಸ್ವೀ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಮಹಿಳೆಯರ ಗರ್ಭಕಂಠದ ದ್ರವವನ್ನು ಗಾಜಿನ ಬಿಲ್ಲೆಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಸಿ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವ ವಿಧಾನ "ಪ್ಯಾಪ್‌ಸ್ಮಿಯರ್" (Pap-smear) – ದಿಂದ ಅಲ್ಲಿಯ ಕ್ಯಾನ್ಸರನ್ನು ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲೆ ಗುರುತಿಸಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಿಡುವುದರಿಂದ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರಕುತ್ತಿವೆ.

ಮಹಿಳೆಯರೆ ತಮ್ಮ ತಮ್ಮ ಸ್ತನಗಳನ್ನು ಸ್ವಯಂ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಕೊಳ್ಳುವ ಪದ್ಧತಿಯನ್ನು ರೂಢಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದದ ಅತಿ ಚಿಕ್ಕ ಗೆಡ್ಡೆಗಳನ್ನೂ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ. ಅವುಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೊಳಪಡಿಸುವುದರಿಂದ ಸ್ತನದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ.

ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಯಾವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯ ತಪಾಸಣೆಗೆ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳ ಬಾಹ್ಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ, ಬಾಯಿ ತೆರೆಸಿ ನೋಡುವುದು, ಗುದನಾಳ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದು, ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತಗಳ ಬಗೆಗೆ ಪರಿಶೀಲಿಸುವುದು ಮುಂತಾದವನ್ನು ನಿತ್ಯಗಟ್ಟಲೆ ಪರಿಪಾಠಗಳಂತೆ ಮಾಡಿದರೆ, ಆದಷ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಮೊದಲ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಬಿಳೀ ರಕ್ತಕಣಗಳ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಲ್ಯೂಕೀಮೀಯ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಕಂಡುಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಗೆಡ್ಡೆಗಳಿಂದ ಸ್ರವಿಸುವ "ಟ್ಯೂಮರ್ ಮಾರ್ಕರ್" (Tumour Marker)ಗಳೆಂಬ ಕೆಲವು ಅಂಶಗಳನ್ನು ವಿಶೇಷ ತರಹೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸಲು ಈಗ ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಯಕೃತ್ತು, ವೃಷಣ ಮತ್ತು ದೊಡ್ಡ ಕರುಳುಗಳ ಸಾಮಾನ್ಯ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಬಹಿರಂಗವಾಗಿ ಪ್ರಕಟವಾಗುವ ೪–೬ ತಿಂಗಳುಗಳ ಮೊದಲೇ ಅವುಗಳ ಟ್ಯೂಮರ್ ಮಾರ್ಕರ್‌ಗಳನ್ನು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ಸು ದೊರಕುತ್ತಿದೆ.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಎಕ್ಸರೇ ಯಂತ್ರದ ಬಳಕೆ ಹಿಂದಿನಿಂದಲೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ನಡೆದುಕೊಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಸಾದಾ ಎಕ್ಸರೇ ಪಟಗಳಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂಳೆ ಮುಂತಾದವುಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಎಕ್ಸರೇಗೆ ಅಪಾರದರ್ಶಕ ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದ – ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸು, ಪಿತ್ತಕೋಶ, ಪಿತ್ತನಾಳ ಚಿತ್ರ, ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ ಚಿತ್ರ, ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಚಿತ್ರ – ಇನ್ನೂ ಬಹಳಷ್ಟು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚಬಹುದು.

ಎಕ್ಸರೇ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಮುಂದುವರಿದ ಬೆಳವಣಿಗೆಗಳೆನ್ನಬಹುದಾದ ಸಿ. ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್, ಆಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್, ನಂತಹ ನೂತನ ಯಂತ್ರಗಳು ದೇಹದ ಅತ್ಯಂತ ಆಳದ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಬದಲಾವಣೆಗಳನ್ನು ಗುರುತಿಸುವಲ್ಲಿ ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತವೆ.

ಬಾಯಿ, ಶ್ವಾಸನಾಳ, ಗುದನಾಳ ಮುಂತಾದ ಸ್ವಾಭಾವಿಕ ರಂಧ್ರಗಳ ಮೂಲಕ ಒಳಗೆ ತೂರಿಸಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಬಹುದಾದ ಹಲವು ತೆರನ ನಾರು ಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನುಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಿವೆ. ಇವುಗಳಿಂದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲ, ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ, ಉದರ ಕೋಶ ಮುಂತಾದವುಗಳೊಳಗೆ ಬಹಳ ದೂರದವರೆಗೂ ಪ್ರತ್ಯಕ್ಷವಾಗಿ ನೋಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಅಂಥ ಜಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದ ವ್ರಣ ಅಥವಾ ಗೆಡ್ಡೆಗಳ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು ಹೊರತೆಗೆದು ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗೊಳಪಡಿಸಿ ಶೀಘ್ರ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಬಹುದು.

ಗೆಡ್ಡೆ ಮತ್ತು ವ್ರಣಗಳ ಮಾದರಿ ತುಣುಕುಗಳನ್ನು ಅಲ್ಪ ಪ್ರಮಾಣದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಹೊರ ತೆಗೆದ ತತ್‌ಕ್ಷಣ ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ

ಖಚಿತ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯ. ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ಜರುಗುತ್ತಿರುವಾಗಲೇ ಇಂತಹ ಪರೀಕ್ಷೆ ಕೈಗೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಆ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಅಂತಿಮವಾಗಿ ಮಾಡಬೇಕಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ವಿಧವನ್ನು ಆ ಕ್ಷಣವೇ ನಿರ್ಧರಿಸಿ ಕಾರ್ಯಗೊಳಿಸಬಹುದು.

ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳು

ಕ್ಯಾನ್ಸರಿಗೊಳಗಾದ ಅವಯವ ಅಥವಾ ಅದರ ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಭಾಗವನ್ನು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಕತ್ತರಿಸಿ ತೆಗೆದು ಹಾಕುವ ರೂಢಿ ಅನಾದಿಯಿಂದಲೂ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದೆ. ನಂತರ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿರುವ ಎಕ್ಸರೇ, ರೇಡಿಯಂ, ಕೋಬಾಲ್ಟ್ ಮುಂತಾದವುಗಳ ವಿಕಿರಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ವರ ಪ್ರಸಾದವಾದಂತಾಯಿತು. ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿರುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ನಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನ ಇನ್ನೂ ಸುಗಮಗೊಳಿಸಿವೆ. ಈ ಮೂರು ತೆರನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಸೂಕ್ತ ಪ್ರಮಾಮದ ಸಮ್ಮಿಲನದಿದ ಬಳಸುವುದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಹಿಂದೆಂದೂ ನಿರೀಕ್ಷಿಸಲಾರದಷ್ಟು ಉತ್ತಮ ಫಲಿತಾಂಶ ನೀಡುತ್ತಿವೆ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಅತ್ಯಂತ ವಿಸ್ತಾರ ಹಾಗೂ ನಿಷ್ಕಾರುಣ್ಯವಾಗಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಪೀಡಿತ ಭಾಗವನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕುತ್ತಿದ್ದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕ್ರಮಗಳ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಈಗ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನೀಡುತ್ತಿದ್ದ ವಿಕಿರಣತೆಯ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಕೇವಲ ಮದ್ದುಗಳ ಬಳಕೆಯಿಂದಲೇ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಹಿಂದಿನ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚೆಂದರೆ ಐದು ವರ್ಷಗಳಷ್ಟು ಬದುಕುತ್ತಿದ್ದವರ ಶೇಷಾಯುಷ್ಯ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಗಮನಾರ್ಹವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತಿದೆ. ಹಲವು ತೆರನ, ಅದರಲ್ಲೂ ಎಳೆಯರ ಕೆಲವು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಗುಣಪಡಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ. ಒಂದು ಕಾಲದಲ್ಲ ಗುಣಪಡಿಸಲಾಗದವೆಂದು ಪರಿಗಣಿಸುತ್ತಿದ್ದ ಹಾಡ್ಜ್‌ಕಿನ್ಸ್ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ಶೇ. ೬೫-೯೫ರಷ್ಟು, ವೃಷಣದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನು ನೂರಕ್ಕೆ ನೂರರಷ್ಟು ವಾಸಿಮಾಡಬಹುದಾದ ಆಶಾದಾಯಕ ವರದಿಗಳು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬರುತ್ತಿವೆ.

ಮುನ್ನೋಟ

ವಿವಿಧ ಕ್ಷೇತ್ರ ಮತ್ತು ಹಂತಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧ ಹೋರಾಟ ಈಗ ಜರುಗುತ್ತಿದೆ. ಎಲ್ಲಾ ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಗಳನ್ನೂ ಆರಂಭದ ಹಂತದಲ್ಲಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗಬಹುದಾದ ಮಾರ್ಕರ್‌ಗಳನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯುವ ಪ್ರಯತ್ನಗಳು

ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿವೆ. ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ಕಾರಕ ಪರಿಸರ ಮತ್ತು ಅವುಗಳ ಸಂಪರ್ಕಗಳನ್ನು ಮಿತಿಗೊಳಿಸುವ ಇಲ್ಲವೇ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ತ್ಯಜಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳು ಪ್ರಚಾರಕ್ಕೆ ಬರುತ್ತಿವೆ. ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿರುವ ಆಂಕೋಜೀನ್ಸ್‌ಗಳ ಗುಟ್ಟನ್ನರಿಯಲು ಮೂಲಭೂತ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ಭರದಿಂದ ಸಾಗುತ್ತಿವೆ. ವಂಶವಾಹಿ (ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಾಹಿಗಳೂ ಆಗಿರಬಹುದಾದ) ಜೀನ್‌ಗಳನ್ನು ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ (Genetic Engineering) ಸಾಧ್ಯತೆಗಳ ಬಗೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಗಳು ನಡೆಯುತ್ತಿವೆ. ಇವು ಫಲಪ್ರದವಾದರೆ ಜೀವಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ಮೆಲಿಗ್ನಂಟ್ ಪರಿವರ್ತನೆಯಾಗುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು ; ಅಂಥ ಬದಲಾವಣೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತಿರುವ ಜೀವಕೋಶಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಲು ಇಲ್ಲವೆ ನಾಶ ಮಾಡಲೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗಬಹುದು.

ಅನಿರ್ಬಂಧಿತವಾಗಿ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ವೃದ್ಧಿಯಾಗುವ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶಗಳ ವಿರುದ್ಧ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ರೋಧ ವಸ್ತುಗಳ ಸೃಷ್ಟಿಯ ಬಗೆಗೆ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ ; ಈ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಆಶಾದಾಯಕ ಪ್ರಗತಿಗಳಾಗುತ್ತಿವೆ. “ಮೈಲೋಮ" ಎಂಬ ಒಂದು ತೆರನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಜೀವಕೋಶವನ್ನು ಗುಲ್ಮದ ಜೀವಕೋಶದೊಡನೆ ಸಂಕರಣಗೊಳಿಸಲು (Hybridoma) ಸಾಧ್ಯವಾಗಿದೆ. ಹೀಗೆ ಸುಪ್ತಾವಾಹನೆಗೊಳಿಸಿದ (Sensitised) ಸಂಕರ ಜೀವಕೋಶದಿಂದ ಮೈಲೋಮ ವಿರುದ್ಧ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ರೋಧವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಯಥೇಚ್ಛವಾಗಿ ತಯಾರಿಸಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಹೈಬ್ರಿಡ್ ಜೀವಕೋಶಗಳು ಯಾವುದೇ ಮಿತಿ ಇಲ್ಲದೆ ವಿಭಜನೆಯಾಗಿ ಕಿಲೋಗ್ರಾಂಗಟ್ಟಲೆ ಒಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾದ ರೋಧ ವಸ್ತುವನ್ನು (Mono-Clonal Antibody) ತಯಾರಿಸುತ್ತವೆ. ಇದೊಂದು ಚಿತ್ತಾಕರ್ಷಕ ಸಂಶೋಧನಾ ರಂಗವಾಗಿದೆ'; ಇದರಿಂದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡುವ ವಾಕ್ಸೀನಿನಂಥ ಅಸ್ತ್ರವೊಂದು ಶೀಘ್ರದಲ್ಲೇ ದೊರಕುವಂತಿದೆ. ಈ ತಂತ್ರವನ್ನು ರೂಪಿಸುವಲ್ಲಿ ಯಶಸ್ವಿಯಾದ ಡಾ॥ ಕ್ಯೋಲ್ಹರ್ (Keohler)ಗೆ ೧೯೮೪ರ ನೋಬೆಲ್ ಪಾರಿತೋಷಕ ದೊರೆಯಿತೆಂದರೆ ಈ ಸಂಶೋಧನೆಯ ಮಹತ್ವದ ಅರಿವಾಗಬಹುದು.

ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ದೈತ್ಯನ ವಿರುದ್ಧ ಹಲವು ರಂಗಗಳಲ್ಲಿ ಘೋರ ಸಮರ ಇದೀಗ ಆರಂಭವಾಗಿದೆ. ಅದನ್ನು ನಿರೋಧಿಸುವ, ಗುರುತಿಸುವ, ಹತ್ತಿಕ್ಕುವ ಹಾಗೂ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವ ದಿಸೆಯಲ್ಲಿ ಹೊಸ ಹೊಸ ಅಸ್ತ್ರಗಳ ಶೋಧನೆ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿವೆ. ಅಮೆರಿಕಾದಂಥ ಮುಂದುವರಿದ ದೇಶದಲ್ಲಿ ಬಾಹ್ಯಾಕಾಶ ಸಂಶೋಧನೆ ಮತ್ತು ಕಾರ್ಯಕ್ರಮಗಳಿಗೆ ಖರ್ಚುಮಾಡುವ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲೇ

ಹಣ ಮತ್ತಿತರ ಸಂಪನ್ಮೂಲಗಳನ್ನು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧದ ಸಂಶೋಧನೆಗಳಿಗೆ ಒದಗಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ.

ಈ ತನಕ ವಿವರಿಸಿದ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಅವಲೋಕಿಸಿದಾಗ ಜನರ ಜೀವನ ಶೈಲಿಯ ಪ್ರತಿಬಿಂಬವೇ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಂಥ ರೋಗಕ್ಕೆ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗುತ್ತದೆಂಬುದರ ಅರಿವಾಗಬಹುದು. ಆದುದರಿಂದ ಬರೇ ವಿಜ್ಞಾನಿಗಳು, ವೈದ್ಯರು, ಅಥವಾ ಸರ್ಕಾರಗಳು ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಿರುದ್ಧದ ಸಮರದಲ್ಲಿ ಸೆಣಸಾಡುವುದರಿಂದ ಅಂತಿಮ ಜಯಗಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇಡೀ ಜನ ಸಮುದಾಯವೇ ತನ್ನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ದುರಭ್ಯಾಸ, ದುಶ್ಚಟಗಳನ್ನು ವರ್ಜಿಸಿ, ಪರಿಸರ ಸುಧಾರಣೆ ಮತ್ತು ಆರೋಗ್ಯಕರ ನಡೆವಳಿಕೆಗಳಿಂದ ಜೀವನ ಕ್ರಮಗಳನ್ನು ಮರುಹೊಂದಾಣಿಕೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಸಹಕರಿಸಿದರೆ ಈಗ ನಶಿಸುತ್ತಿರುವ ಇತರ ಕಾಯಿಲೆಗಳಂತೆ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನ್ನೂ ಸಹಾ ಹೇಳ ಹೆಸರಿಲ್ಲದಂತೆ ಮಾಡುವ ಕಾಲ ಬಹಳ ದೂರವಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಬಹುದು.

* * * *

೩೭. ಅಕಾರಾದಿ ಹಾಗೂ ಪಾರಿಭಾಷಿಕ ಪದಗಳ ಅರ್ಥಕೋಶ

ಅ

ಅಂಗಾಂಶ (ಊತಕ)	Tissue	೧೫, ೨೨೨
ಅಂಗಾಂಶ ವೈಶಿಷ್ಟ್ಯತೆ	Tissue Type	೨೧೫
ಅಂಗ ರಚನಾ ಶಾಸ್ತ್ರ	Anatomy	೫
ಅಂಗಚ್ಛೇದನ	Amputation	೫
ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು ನಾರುಗಾಜಿನ	Endoscope	೯,೨೯೮, ೧೨೪
ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು ಮೂತ್ರಕೋಶದ	Cystascope	೨೭೫
ಅಂತರ್ ನೇತ್ರ ಮಸೂರ	Intra Occular Lens	೬೩
ಅಂಧತ್ವ	Blindness	೫೪
ಅಜೀರ್ಣ	Dyspepsia	೧೩೧
ಅಂಡಾಶಯ	Ovary	೨೨೬
ಅಡಿನಾಯಿಡ್ಸ್ (ಮೂಗಳ್ಳೆ)	Adenoids	೭೨
ಅತಿನೇರಳೆ ಕಿರಣ	Ultra Voilet Ray	೫೭
ಅನ್ನಾಶಯ (ಜಠರಾಶಯ)	Pylorus	೯೨
ಅನ್ನಾಶಯ ದ್ವಾರ ಕುಗ್ಗಿದ	Pyloric Stenosis	೧೧೦
ಅಮೀಬ (ಚಲ್ಕಣ)	Amoeba	೩೨೦
ಅನುವೇದಕ ನರಜಾಲ	Sympathetic Nervous	೯೩
ಅಪರಿಷ್ಕೃತ	Unrefined	೧೫೭
ಅಪೂರಯಿತ	Unsaturated	೧೫೭
ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್	Appendix	೧೨೬
ಅಪೆಂಡಿಕ್ಸ್ ಹೆಚ್ಚುವರಿ ರಕ್ತನಾಳ – (ಶೇಷಾಚಲಂ ಧಮನಿ)	Accessory Artery	೧೩೮

	(Sheshachallam Artery)	೧೩೮
ಅಪೆಂಡಿಸೈಟಿಸ್ (ಉರಿಯೂತ)	Appendicitis	೧೨೮
– ಬಾವು / ಮುದ್ದೆ	Appendiular Abscestes	೧೨೯
ತೀವ್ರಗತಿಯ	- Acute Appencitis	೧೩೯
– ಮರುಕಳಿಕ / ಬೇರೂರಿದ	Appendicities - Chronic	೧೨೦
– ಕಲ್ಲುಗಳು (ಫೀಕೊಲಿತ್)	Faecolith	೧೨೮
– ಕಾದು ನೋಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	(Ochner & Sheren)	
	& Sheren	೧೩೬
ಅಪೆಂಡಿ ಸೆಕ್ಟೆಮಿ–ಕೊಯ್ದು ತೆಗೆಯುವ	Appendi Ectomy	೧೩೪, ೧೩೫
ಅಪೆಂಡಿ ಸೆಕ್ಟೆಮಿ ನಡುಗಾಲದ	Appendi Ectomy Interval	೧೩೭
ಅವಳಿ – ಜವಳಿ, ತದ್ರೂಪಿ	Twins - Exacitly-Like	೨೦೭
ಅಯೋಡೀನ್	Iodine	೮೧
ಅಯೋಡೀಕರಿಸಿದ – ಉಪ್ಪು / ನೀರು	Iodised, Salt - Water	೮೪
ಅರಿಸಿನ ಕಾಮಾಲೆ	Jaundice	೧೨೨
ಅರಿವಳಿಕೆ (ಸಂವೇದನಾ ಹಾರಿ)	Anaesthesia	೧೬
ಅರಿವಳಿಕೆ, ಪೂರ್ಣಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಿಸುವ	Anaesthesia - General	೧೬
– ಸ್ಥಳೀಯ	- Local	೧೬, ೨೪
– ಬೆನ್ನುಹುರಿಯ (ಸ್ಪೈನಲ್)	- Spinal	೧೭
ಅರೆಕ್ನಾಯಿಡ್ ಮ್ಯಾಟರ್	Arachnoid Matter	೩೯
ಅವಿಗುಳಿ	Crypts	೭೦
ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಶಬ್ದ ತರಂಗ ಪರೀಕ್ಷೆ (ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ದ ತರಂಗ)	Ultra Sound Examination	೬, ೨೦೧
ಅಲ್ಟ್ರಾಸೌಂಡ್ ಲಿಥೋ ಟ್ರಿಪ್ಸಿ (ಪಿತ/ ಮೂತ್ರ ಕಲ್ಲುಗಳನ್ನು ಒಡೆಯುವು)	Ultra Sound Lithotrapsy	೧೨೪, ೨೦೩
ಅಕ್ಷಿಪಟಲ	Retina	೫೫
ಆಲ್ಫ ಜೀವಕೋಶ	Alpha Cells	೧೦೪
ಅಸ್ಥಿಭಂಗ (ಮೂಳೆ ಮುರಿತ)	Fracture of Bones	೪೨
ಅಸ್ಥಿಭಂಗ ಕುಗ್ಗಿದ	Fracture Depressed	೪೨

ಆ

ಆಂಟಿಬಾಡಿ, ಮಾನೋಕ್ಲೋನಲ್	Mano Eloma Anti Body	೩೩೪
ಆಂಕೋ ಜೀನ್ಸ್ (ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ವಾಹಕ ವಂಶವಾಹಿ)	Anco Genes	೩೨೬
ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ (ಪೂತಿನಾಶಕ)	Antiseptic	೮
ಆಂಟಿಸೆಪ್ಟಿಕ್ ದ್ರಾವಣ	Antiseptic Lotion	೧೨, ೭೦
ಆಣಿ (ಕಲ್ಲೊತ್ತು)	Corn	೨೪
ಆನುವಂಶೀಯತೆ	Heredity	೩೨೪
– ಆವಿಯಂತ್ರ, ಹೆಚ್ಚು ಒತ್ತಡವಿರುವ	High Pressure Steam Sterilizer (Autoclave)	೧೨
ಆಯುರ್ವೇದ (ಭಾರತೀಯ ವೈದ್ಯಪದ್ಧತಿ)	Ayurueda	೨
ಇಂಗ್ವಿನಲ್ ಕೆನಾಲ್ (ಗೆಜ್ಜೆಯ ಕೊಳವೆ)	Inguinalcanal	೨೪೦
ಇನ್ಸುಲಿನ್	Insulin	೧೦೦
ಇಸ್ಫಾಗಲ್ (ಮಲಕ್ಕೆ ತೇವವನ್ನು ಆಕರ್ಷಿಸುವ ಮದ್ದು)	Ispaghula	೧೬೨
ಇಸುಬು – ನೀರಿಳಿವ	Weeping Eczema	೩೧೪

ಈ

ಈಥರ್ (ಅರಿವಳಿಕೆ ಅನಿಲ)	Aether	೧೬
ಈಲಿ (ಯಕೃತ್ತು)	Liver	೯೮

ಉ

ಉಗುರುಸುತ್ತು	Witlow	೨೭
ಉದರದರ್ಶಕ ಸಂತಾನನಿರೋಧ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Laparoscopic Sterilization	೨೬೮
ಉರಿಗೆರಳು	Flare up	೭೦
ಉರಿಯೂತ	Inflammation	೨೬
ಉದರ ಕೋಶ	Abdomen	೯೧

ಉದ್ದನೆಯ ಸಫೇನಸ್ ಅಭಿಧಮನಿ	Long Saphenous Vein	೩೧೨
ಉಲ್ಬದ ಚೀಲ	Amnotic Sac	೨೮೮
ಉಸುಕು ರಬ್ಬರ್ ಉಂಗುರ	Silicon Ring	೨೬೯
	ಊ	
ಊನಗಂತಿ	Hamartoma	೧೭೪
	ಋ	
ಋಣ ಒತ್ತಡ	Negative Pressure	೩೧೨
	ಎ	
ಎಕ್ಸರೇ (ಕ್ಷ-ಕಿರಣ) ಪರೀಕ್ಷೆ	X-Ray Examination	೮
ಎಕ್ಸರೇ(ಆಳವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಿರ್ವಹಿಸುವ)	Deep X-Ray	೩೦೬
ಎಪಿಡಿಡಿಮಸ್ (ವೃಷಣದ ಮೇಲ್ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರೇತು ನಾಳಗಳು ಒಂದುಗೂಡುವಿಕೆ)	Epididymus	೨೨೩
– ಎಪಿಗಾಸ್ಟ್ರಿಯರ್ವ್ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಕುಳಿ ಪ್ರದೇಶ	Epigastrium	೭೭
ಎಪಿಡೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ	Epidural Haematoma	೪೪
ಎಸೆಪ್ಟಿಕ್ (ನಂಜಾಗದಿರುವ) ವಾತಾವರಣ	Aseptic	೬೦
ಎಳೆಗೊಂಡೆ	Villus	೯೬
	ಒ	
ಒಲವು	Tendency	೩೨೬
ಒಳಚರ್ಮ (ನಿಜ ಚರ್ಮ)	Dermis	೨೩
ಚರ್ಮ-ಹೊರ (ಮೇಲ್ ಚರ್ಮ)		೨೩
ಒಳ-ಬೆಳವ ಹೆಬ್ಬೆಟ್ಟುಗುರು	In-Growing Toenail	೨೭
ಒಳಾಂಗಕ-ಹೆಣಿಗೆ	Splanchnic Plexus	೯೩
ಒಳ್ಳೂರಿಕೆ – ಕರುಳಿನ	Intussusception	೧೪೪
	ಕ	
ಕಣ್ಪರೆ	Cataract	೫೪-೬೩

ಕಣ್ಪೊರೆ ಏಟಿನ	- Injiry-eatract	೫೮
– ಡಯಾಬಿಟಿಕ್/ಪ್ಯಾರಾಥೈರಾಯಿಡ್	- Diabitic Parathyroid	೫೭
– ಮುಪ್ಪಿನ	- Old Age	೫೭
– ಮದ್ದು ಸೇವನೆಯ	- Druguse	೫೮
– ಸಂಜಾತ	- Congenital	೫೭
ಕಣ್ಕುಟಿಕೆ	Stye	೨೫
ಕತ್ತರಿಕೆ	Incision	೧೪
ಕಟಿ–ಶಿರ ಅಸಮಾನತೆ (ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಆಪರೇಷನ್ ಮಾಡುವುದಕ್ಕೆ ನಿರ್ಬಂಧ)	Cephlopelvic Disproportion	೨೮೩
ಕರಿಮಲ (ರಕ್ತ ಮಲ)	Melaena	೧೦೯
ಕರಪಾದ ಚಿಕಿತ್ಸಕ	Chiropodist	೨೪
ಕಟಿಮಜ್ಜನ	Sitz - Bath	೧೭೨
ಕರ್ವೇಡಿಗಂತಿ	Malignant Melanoma	೩೪
ಕಶೇರು ಸ್ತಂಭ ನಾಳ	Vertebralcolumn	೪೦
ಕವಾಟ	Valve	೩೧೨
ಕಿರುನಾಲಿಗೆ	Epiglottis (Uvula)	೭೬
ಕರುಳು	Intestines	೯೫
–ದೊಡ್ಡ	Large intestine	೯೬
–ಸಣ್ಣ	Small intestine	೯೫
ಸಂಜಾತ (ಸಣ್ಣ ಕರುಳಿನ ಇರುಕಣೆ)	Congenital Atresia	೧೪೧
ಕರುಳಿನ ಉರಿಯೂತ	Ty-phlitis	೧೩೪
ಕರುಳಿನ ಒಳ್ತೂರಿಕೆ	Intussusception	೧೪೪
– ಸುರುಳ್ಗರುಳು	Volvolus	೧೪೪
– ತಡೆ	Intestinal Obstruction	೧೪೦–೧೪೮
ಪಿತ್ತಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ	of Gallstiones	೧೪೩
– ಮಾಲ್‌ರೋಟೇಶನ್	- Malrotation	೧೪೧
– ಕರುಳು ಕೆರಳಿಕೆ	Irritable Bowel	೧೫೬

ಕರುಳ್ನಡು ಪರೆ	Mesentry	೯೬
ಕಲೆಗಂತಿ	Keloid	೩೧
ಕೈಮ್ (ಅನ್ನ ರಸ)	Chyme	೧೦೧
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ (ಅರ್ಬುದ ಏಡಿ ಗಂತಿ)	Cancer	೩೧೮–೩೩೫
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್–ಕಾರಕ	Carcinogenic	೩೧೯
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಮಾರಕ ಮದ್ದುಗಳು	Anticancer Drugs	೩೦೭
ಕ್ಯಾಂಪೈಲೋ ಬ್ಯಾಕ್ಟೀರಿಯಾ		
ಪೈಲೋ ರೈ	Compylo Bacteria	೨೦೪
ಕ್ಷಾರವಿಷತೆ	Alkalosis	೧೧೧
ಕ್ಷಾರೀಯ	Alkaline	೧೦೭
'ಕಾರಣ ತಿಳಿಯದ'	Idiopathic	೧೫೫
ಕೀಲುವಾತ ಜ್ವರ	Rheumatic Fever	೭೦
ಕುರು (ಬಾವು)	Abscess (Boil)	೨೫
ಕುಂಡೆ (ಪುಷ್ಠ)	Anus	೯೦
ಕುರುಡು ಕರುಳು	Caecum	೯೦
ಕೆರಳಿಕೆ	Irritation	೩೨೩
'ಕೇಸಕ್ಕಿ' (ಕೆಂಪು ಅಕ್ಕಿ)	Unpolished Rice	೧೬೫
ಕೊಬ್ಬೂತಕ	Fatty Tissue	೧೭೮
ಕೋಡ್ಪರೆ	Cornea	೫೫
ಕೋಲೀನ್ ಧಮನಿಕ	Anticholinergic	೧೧೨, ೧೬೧
ಕ್ಲೋರೋ ಫಾರಂ	Chloroform	೧೬
(ಹಿಂದೆ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿದ್ದ ಒಂದು ಅರಿವಳಿಕೆ ಅನಿಲ)		
ಕೊಲೆಸ್ಟೆರಾಲ್ (ಘನಪಿತ್ತ)	Cholesterol	೧೧೮

ಗ

ಗರ್ಭಕಂಠ	Cervix Uterus	೨೨೭
ಗರ್ಭಕೋಶ	Uterus	೨೨೭
ಗರಣೆ ಕಟ್ಟುವುದು – ರಕ್ತ	Blood Clotting	೭೧
ಗವಸು	Gloves	೧೪

ಗಾತ್ರ	Bulk	೧೫೭
ಗಾಯ್ಟರ್ –	Goitre	೮೪
ಗಳಗಂಡ ಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿಯ ಊತ		೮೨–೮೯
– ಬೆಲ್ಟ್	- Belt	೮೪
–ವಿಷಯ ರೀತಿಯ	Toxic Goitre	೮೫
–ಸರಳ ರೀತಿಯ	Simple Goitre	೮೪
ಗಿಡನಾರು (ಮರದೆಳೆ)	Cellusoe	೧೦೧
ಗುಂಡಿಗೆ (ಹೃದಯ)	Heart	೧೫
– ಗುದ	Anus	೯೭
ದ್ವಾರ/ನಾಳ	Anal Canal	೯೭
ಗುದನಾಳ ದರ್ಶಕ	Proctoscope	೧೭೬
ಗುದದ್ವಾರದ ಸೀಳುರೋಗ	Fissure in Ano	೧೮೧
–ಬಿಗಿಸುತ್ತಿನ ಕತ್ತರಿಕೆ	Sphinctrotomy	೧೮೫
ಗುದದ್ವಾರದ ಫಿಸ್ಟುಲಾ	Fistula in Ano	೧೮೬
–ಮುಂದಾಣದ ಕುರು	Perianal Abscess	೧೭೮
ಗ್ರಂಥಿ ಸಂವೇದನೆ	Glandular Sensation	೨೫೦
ಗುಲ್ಮ (ತೊರಳೆ)	Spleen	೧೦೦

ಚ

ಚರ್ಮ	Skin	೨೩
– ಒಳ		೨೩
– ಹೊರ		೨೩
ಚಾಳೀಸ್ (೪೦ ವರ್ಷದನಂತರದ ದೃಷ್ಟಿ ದೋಷ) (ದೂರದೃಷ್ಟಿ)	Long Sight	೫೯
ಚಿಕನ್ ಸಾರ್ಕೋಮ	Chicken Sarcoma	೩೨೪
ಚುಳುಕು	Colic	೧೨೧, ೧೩೨
ಚೋದನಿ (ರಸದೂತ)	Hormone	೮೦
ಗೆಜ್ಜೆಯ ಕೊಳವೆ	Inguinhl Canal	೨೪೦
ಗೆಡ್ಡೆ	Tumour	೩೨೮

– ಸರಳ ರೀತಿಯ	Benign	೩೨೮
– ಅತ್ಯುಗ್ರ ರೀತಿಯ (ಮೆಲಿಗ್ನೆಂಟ್)	Malignant	೩೨೯
ಗೋಣ್ಣುರು	Quinsy	೬೭
	ಜ	
ಜಠರ	Stomach	೯೨
– ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು –		೧೦೯
ನಾರುಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ	Fibreoptic Gastroscope	೯೪
– ಜಠರಸ (ಜಠರಾಂಶ)	Gastric Juice, Gastirin	೯೪
ಜಠರಾಶಯ (ಅನ್ನಾಶಯ)	Pylorus	೯೨
– ಕುಗ್ಗುವಿಕೆ	Pyloric Stenosis	೧೦೧
ಜಠರದ ಹುಣ್ಣು	Gastric Ulcer	೧೦೭
– ತೂತಾಗುವಿಕೆ	Perforation	೧೧೦
ಜಡ್ಡು	Callosity	೨೨
ಜನನಾಂಗಗಳು	Genital Organs	೨೨೧
– ಪುರುಷ	- Male	೨೨೧
– ಸ್ತ್ರೀ	- Female	೨೨೬
ಜಲೋದರ (ಬೆರಿ ಬೆರಿ)	Ascitis	೧೬೫, ೨೩೬
ಜಿಡ್ಡಿನ ಗ್ರಂಥಿ	Sabaceous Cyst	೩೨
ಜೀರ್ಣಾಂಗ ಮಂಡಲ	Digestive System	೯೦–೧೦೨
ಜೀರ್ಣಿಕ ರಸ	Pepsin	೯೩
– ಹುಣ್ಣು (ಹೊಟ್ಟೆ ಹುಣ್ಣು)	Peptic Ulcer	೧೦೩ – ೧೧೬
– ತೂತಾಗುವಿಕೆ)	- Perforation	೧೧೦
ಜೀವದ್ರವ್ಯೀಕರಣ (ಚಯಾಪಚಯಕ್ರಿಯೆ)	Metabolism	೧೦೧, ೧೯೦
ಜೆನೆಟಿಕ್ ಇಂಜಿನಿಯರಿಂಗ್, (ಯಾಂತ್ರಿಕವಾಗಿ ಜೀನ್ ನಿಯಂತ್ರಿಸುವುದು)	Geneti Enginering	೩೩೪
ಜೀವಸತ್ವಗಳು	Uitamins	೧೦೧
ಜೀವಿರೋಧಕ ಮದ್ದುಗಳು	Antibiotics	೬
ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಿಸುವ	Sterilization	೧೧

ಜೀವುಂಡಿಗೆ ಪರೀಕ್ಷೆ	Biopsy	೧೦, ೧೮,-೨೧
(ಹಣ್ಣುಗಳಿಗೆ ಚುಳುಕಿ ಹಾಕುವ ತೆರನ)		
– ಉಚ್ಛೇದಕ	- Excision	೨೦
– ರಂಧ್ರ ಕೊರೆದು (ಚೇಣ ತೂರಿಸಿ)	- Punch	೨೦
– ತೆರೆದ	- Open	೨೦
ಶೀತಲೀಕರಿಸಿ ತತ್‌ಕ್ಷ ಪರೀಕ್ಷೆ	- Frozen Section Biophy	೨೦, ೩೦೩
ಪೊಳ್ಳು ಸೂಜಿ ತೂರಿಸಿ	- Needleaspiration	೨೦
ಜ		
ಜೋಪಸಾನಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ	Conservative Treatment	೧೪೬, ೧೭೦
ಜೋಲಿಂಗರ್–ಎಲಿಸನ್ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿ	Zollinger Elison Syndrome	೧೦೪
ಟ		
ಟಾನ್ಸಿಲ್ಸ್ (ಮಂಡಿಕೆ)	Tonsili	೬೪
– ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್ (–ಉರಿಯೂತ	Tonsilitis	೬೫
ಟೂಬೆಕ್ಟಮೀ (ಸಂತಾನ ನಿರೋಧ		
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಹಿಳೆ	Tubectiomy	೨೬೫
– ಜನನದ್ವಾರದ ಮೂಲಕ		೨೬೭
ನ		
– ನಾರುಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ	Fiberopticenoscopic	೨೬೮
ಟ		
ಟೂಮರ್ ಮಾರ್ಕರ್ –		
ಗೆಡ್ಡೆ ಪತ್ತೇ ಹಚ್ಚುವ	Tumour Markar	೩೩೨
ಡ		
ಡಂಪಿಂಗ್ ಲಕ್ಷಣಾವಳಿ	Dumping Syndrome	೧೧೫
ಛಯಾಬಿಟಿಸ್ (ಮಧು ಮೇಹ)	Diabetes	೫೭, ೫೮, ೧೦೦
ಡಯಾಲಿಸಿಸ್ (ಪಾರಪೃಥಕ್ಕರಣ)	Dialysis	೨೧೨
ಡಿಂಭನಾಳ (ಪೆಲೋಪಿಯನ್ ನಾಳ)	Fallopian tube	೨೨೭
ಟಾನ್ಸಿಲೈಟಿಸ್		೬೪
– ಕೋಶಿಕೆಗಳುರಿತದ	Chronicfollicultonsilitis	೬೯
– ಬೇರೂರಿದ	Chronic Tonsilitis	೬೮

– ಶೀಘ್ರ ಗತಿಯ	Acute Tonsilitis	೬೮
ತಂತುಗಂತಿ	Fibroma	೩೦
ತಂತುಗಟ್ಟು	Ligament	೫೫
ತರಂಗ ಚಲನೆ – ಕರುಳಿನ	Peri Stalsis	೯೨
ತಲ್ಲಣ (ಶಾಕ್)	Stock	೭೭
ತಟ್ಟೆಹುಳುವಿನ ಭಾದೆ	Shistosomiasis	೩೨೮
ತವುಡು (ಧಾನ್ಯಗಳ ಹೊಟ್ಟು)	Bran	೧೬೫, ೧೬೯
ತಾಯಿಯ ಬೇಗುದಿ	Maternal Distress	೨೮೬
ಶಿಶುವಿನ	Foetal Distres	೨೮೬
ತಾರಕೆ–ಕಣ್ಣಿನ	Pupils of Eye	೪೭, ೫೦
ತಿರುಚೀಲ	Diverticulum	೧೨೬
ತೀವ್ರಾಸಕ್ತಿಯ ಬೆಂಬಲೋಪಚಾರ	Intensive-Care Fecility	೮
ತೇವನಿಕ	Hydrophilic	೧೩೪, ೧೬೨
ಥೈರಾಯಿಡ್‌ಗ್ರಂಥಿ (ಗುರಾಣಿಕ)	Thyroid Gland	೮೧–೮೯
ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಚೋದನಿ	Thyroxin Hormone	೮೧
ಥೈರಾಕ್ಸಿನ್ ಪ್ರಚೋದಕ ಚೋದನಿ	Thyroxin Stimlating Hormone	೮೧
ಥೈರೋಟಾಕ್ಸಿಕೋಸಿಸ್	Thyrotoxicosps	೮೬
	ದ	
ದೂರದೃಷ್ಟಿ (ದೂರ ನೋಟ)	Hypermetropia	೫೯
	ಧ	
ಧಮನಿ (ಶುದ್ಧ ರಕ್ತನಾಳ)	Artery	೧೬೫
	ನ	
ನಂಜಾಗುವುದು	Sepsis	೫
ನಂಜು ನೆತ್ತರು–ಗರ್ಭಿಣಿಯರ	Toxaemia	೨೮೫
ನಂಜುರೋಧಕ	Antisepsis	
ನಡು ಬೀಜ	Nucleus	೩೨೯
ನರಕಣ (ನ್ಯೂರಾನ್)	Neuron	೩೯
ನರದೆಳೆ	Nerve Fibre	೩೯
ನರಗಂಟು	Ganglion	೨೮

ನರತಂತುಗಂತಿ	Neurofibroma	೩೦
ನರೂಲಿ	Wart	೨೫
ನಾರುಗಾಜಿನ ಅಂತರ್ದರ್ಶಕ ದುರ್ಬಿನು	Fibre Optic Endoscope	೨೬೮, ೨೭೫
ನಿರ್ಜಲ ಸ್ಥಿತಿ	Dehydration	೧೪೭
ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳು	Endocrine glands	೮೦
ನಿರಾಕರಣ ಕ್ರಿಯೆ	Rajection Process	೨೧೫, ೨೧೬
–ನಿರ್ವೀರ್ಯ (ಷಂಡತನ)	Impotense	೨೬೦
ನಿರಾಕರಣ ನಿಗ್ರಹ ಮದ್ದುಗಳು	Immuno Supressive Drugs	೨೧೬
ನೀರ್ಗಲ್ಲಿನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Cryo Surgery	೧೭೧, ೧೭೭
ನ್ಯೂನ ಪೋಷಣೆ	Malnutrition	೨೬
ನೆಟ್ಟನೆಯ ನಿಲುವು	Erect Posture	೩೦೯
ನೆಫ್ರಾನ್	Nephran	೧೯೧
ನೆಣಮಾಲೆ	Omentum	೧೩೦
ನೇತ್ರದರ್ಶಕ ಬ್ಯಾಟರಿ	Ophthalmoslope	೫೯
ನೈಟ್ರಸ್ ಆಕ್ಸೈಟ್ (ಅರಿವಳಿಕೆಯ ಅನಿಲನ)	Nitrous oxide	೧೬
–ನಿರ್ನಾಳ ಗ್ರಂಥಿಗಳು		
ಅಡ್ರೀನಲ್ಸ್ ಗ್ರಂಥಿ	Adrenal Gland	೮೦
ಪ್ಯಾರಾಥೈರಾಯಿಡ್ ಗ್ರಂಥಿ	Parathyroid Gland	೮೦
ಪಿಟ್ಯುಟರಿ ಗ್ರಂಥಿ	Pitutury Giand	೮೦
	ಪ	
ಪಚನ ಕ್ರಿಯೆ	Digestion	೧೦೦
ಪರಾನುವೇದಕ ನರಜಾಲ	Parasympathetic System	೯೪
ಪರಿಷ್ಕೃತ	Refined	೧೫೭
ಪಳೆಯುಳಿಕೆ	Fossil	೧೨೮
ಪ್ರತ್ಯಾಮ್ಲೀಯ	Antacid	೧೧೨
ಪ್ರತಿ ಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ (ರಕ್ತಸ್ರಾವ)	Reactionary	೭೩
ತರವಾಯದ ರಕ್ತಸ್ರಾವ	Secondary	೭೩

ಪಾಜೀಕರಣ	Degeneration	೫೬
ಪಾರ್ಶ್ವ ವಾಯು		
(ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವುದು)	Paralysis	೪೦
ಪಾರ್ಶ್ವ ಲಕ್ವ	Hemiperesis	೪೯
ಪ್ಯಾಪ್ ಸ್ಮಿಯರ್	papsmear	೩೩೧
(ರೋಗ ಪೀಡಿತ ಊತಕದ ಜೀವಕೋಶಗಳ ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಪರೀಕ್ಷೆ)		
ಪ್ಯಾರಾಲಿಟಿಕ್ ಇಲಿಯಸ್	Paralytic Ilius	೧೧೪
ಪ್ಲಾಸೆಂಟಾ ಪ್ರೀವಿಯಾ	Placenta Previa	೨೮೪
ಪಿಚಕಾರಿ	Enema	೧೩೧
ಪಿತ್ತಕೋಶ	Gall Bladder	೧೧೭
ಪಿತ್ತಕೋಶದ ಕಲ್ಲುಗಳು	Gall Stones	೧೧೭–೧೨೫
ಪಿತ್ತಕೋಶ – ಮಿಶ್ರಕಲ್ಲುಗಳು	Mixed Stones	೧೨೦
ಪಿತ್ತಕೋಶದುರಿತ	Cholecystitis	೧೨೨
ಕರುಳು ತಡೆ – ಪಿತ್ತಕಲ್ಲುಗಳಿಂದ	Gall Stones Ileus	೧೪೩
ಪಿತ್ತ ಬಣ್ಣ ದ್ರವ್ಯ	Bile Pigments	೧೦೦
ಪಿತ್ತಾಮ್ಲ	Bile Acid	೧೧೯
ಪಿತ್ತರಸ	Bile	೯೯, ೧೧೮
ಪಿತ್ತಲವಣ	Bile Salt	೧೦೦
ಪುಲ್ಲಿಂಗಕಾರಿ ಚೋದನಿ	Testosterone	೨೨೬
ಪೂರಯಿತ	Saturated	೧೫೭
ಪೆಂಟಥಾಲ್ ಸೋಡಿಯಂ		
(ಅರಿವಳಿಕೆ ಇಂಜಕ್ಷನ್)	Pentothal Sodium	೧೬
ಪೋರ್ಟಲ್‌ವೇನ್	Protal Vein	೯೯
	Blood Pressur	೧೯೯
	ಪೈಯಾ ಮ್ಯಾಟರ್	
	Piomatter	೩೯
	ಫ	
ಫಂಕ್ಷನಲ್ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆ	Functional Disorder	೧೫೬
ಫಲಿತಗೊಳ್ಳು	Fertilize	೨೨೮

ಬ

ಬದಲಿ ಅವಯವ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Organ Transplantation	೨೦೬
ಬದಲಿ ಮೂತ್ರಪಿಂಡ ನಾಟಿ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Kidney Transplanation	೨೧೩-೨೨೦
ಬಿಗಿ-ಮುಂದೊಗಲು (ಶಿಶ್ನದ)	Phimosis	೨೪೯
ಬಿಗಿಸುತ್ತು (ಸ್ನಾಯುಗೆಂಡೆ)	Sphincter	೯೨
ಬಸಿರಣಿಕ ಚೋದನಿ	Progesterone	೨೯೪
ಬರಡು ತನ	Sterile	೨೨೨
ಬರಿಗರುಳು	Jejunum	೯೬
ಬಾಯಿತೆರಕ ಉಪಯೋಗ	Mouth gag	೭೨
ಬಾಯಿಗೂಡಿನ ಹೊಲಿಗೆ	Anastmosis	೧೫
ಬ್ಯಾಸ್ಕೆಟಿಂಗ್ (ಬಲೆಗೂಡಿನ ಕಲ್ಲುಸೇರಿಸಿ ತೆಗೆಯುವುದು)	Baskertting	೨೦೩
ಬಲಿರುಬಿನ್ (ಕೆಂಪಿತ್ತ)	Bilirubin	೧೧೯
ಬಿಳಿಪರೆ (ಕಣ್ಣಿನ)	Sclera	೬೧
ಬೆದೆಜನಕ (ಸ್ತ್ರೀಲಿಂಗಕಾರಿ) ಚೋದನಿ	Oestrogen	೨೯೪
ಬೆನ್ನುಪಣಿ	Carbuncle	೨೬
ಬೆರಿಬೆರಿ (ಜಲೋದರ)	Beri Beri	೧೬೫
ಬೇರಿಯಂ ಉಣಿಸಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ	Barium Meal	೧೦೮
ಬೊಕ್ಕೆಗಳು	Cysts	೨೧೦
ಬೊಗಸೆಗಣ್ಣು	Exophthalmos	೮೬
ಬೈರಿಗೆ ಕೊರೆತದ ತೂತು (ತಲೆ ಬುರುಡೆಯಲ್ಲಿ)	Trephine	೩೭

ಭ

ಭಟ್ಟಿ ಜಾರಿಕೆ/ರಂಚು ಆಗುವುದು	Cupping	೧೪೯-೧೫೫
ಭಿನ್ನಾಂಗ ಉಣಿಸಿನ ಪರೀಕ್ಷೆ	Fractional Testmeal	೧೦೮
ಭೌತ ರಸಾಯನಿಕ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	Physico-Chemical Process	೧೯೧

ಮ

ಮಚ್ಚೆ	Mole	೩೪
'ಮತ್ತು' ಬರಿಸುವ ಸ್ಥಿತಿ	Unconciouness Inebriation	೧೬

ರೋಗಕೆ

ಮಯಕ (ಪ್ರಜ್ಞಾಹಸ್ತ್ರ)	Unconciouness	೪೪
ಮಯಕ	Coma	೪೪, ೪೬, ೪೭, ೨೧೧
ಮರದೆಳೆ (ಗಿಡನಾರು)	Cellulose	೧೦೧, ೧೨೭
ಮರುಚೇತನ	Resuscitation	೨೮೮
ಮಸೂರ (ಕಣ್ಣಿನ)	Lens	೨೮೮
ಮಾಂಸಗಂತಿ	Sarcoma	೨೯೭
ಮಾಸು (ಸತ್ತೆ, "ಕಸ")	Placenta	೨೮೪
ಮಾರ್ಜೋಲಿನ ವ್ರಣ	Marjolinsulcer	೩೨೨
ಮ್ಯಾಮೋಗ್ರಫಿ		೩೦೩
(ಸ್ತನದ ಎಕ್ಸರೇ ಪರೀಕ್ಷೆ)	Mam Orgaphy	೩೨೨
ಮಿಮ್ಮಿಗಿಲಾದ ವಂಶವಾಹಿ	Dominant Gene	೩೨೬
ಮಿದುಳು	Brain	೩೬
-ಕಿರಿಮಿದುಳು	Cerebellum	೪೦
-ಮೇಲ್ಮಿದುಳು	Cerebrem	೪೦
ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿ	Spinal Cord	೪೦
ಮಿದುಳು ದ್ರವ	Cerebro Spinal Fluid(CSF)	೩೯
ಮಿದುಳು ಸುತ್ತರೆ	Meniges-Duramatter	೩೮
ಮಿದುಳುಕಾಂಡ	Medulla Oblongata	೪೦
ಮಿಕ್ಸಿಡೀಮೊ (ಲೋಳುಬ್ಬರ)	Myxodem	೮೨
ಮುಂಗರುಳು (ಡುಯೋಡಿನಮ್)	Duodenum	೯೫
ಮುಂಗರುಳಿನ ಹುಣ್ಣು	Duodenal ulcer	೧೦೭
ಮುಂದೊಗಲು (ಶಿಶ್ನದ)	Foreskin (Prepuce)	೨೪೮-೨೪೬
ಬಿಗಿ ಮುಂದೊಗಲು	Phimosis	೨೪೯
ಹಿಂಬಿಗಿದೊಗಲು	Paraphimosis	೨೫೨
ಸುನ್ನತಿ	Circumcision	೨೪೮-೨೫೫
ಮೂಗೇಟು - ಮಿದುಳಿನ	Contusion	೪೪
ಮುಟ್ಟು ತೀರುವೆ		
(ಮುಟ್ಟು ನಿಲ್ಲುವ ಸಮಯ)	Menopause	೨೯೪, ೨೯೫
ಮುನ್ನೀಡಿಕೆಯ ಮದ್ದು	Premedication	೨೭೦

ಮುರಿಗರುಳು	Ileum	೯೭
ಮೂತ್ರ ಕಲ್ಲುಗಳು	Urinary Stoners	೧೯೫–೨೦೫
ಮೂತ್ರನಾಳ	Urethra	೧೯೪
ಮೂತ್ರಕನಾಳ	Ureter	೧೯೨
ಮೂತ್ರನಾಳ ತುದಿ ಇರುಕಣೆ	Meatal Stenosis	೧೯೪, ೨೨೬
ಮೂತ್ರಕೋಶ ~~(ಕಿಡ್ನಿ)~~	Urinary Bladder	೧೯೨
ಮೂತ್ರಪಿಂಡ (ಕಿಡ್ನಿ)–	Kidney	೧೯೦
–ಪಿಂಡಾಕಾರ	Kidney Donation Problem	೧೯೦
–ಮೂತ್ರಪಿಂಡದಾನ	Kidney Shaped	೧೯೦
ಮೂತ್ರಪಿಂಡದುರಿತ	Nephritis	೨೦೯
ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ	Urinary Ststem	೧೮೯–೧೯೪
ಮೂತ್ರಾಂಗ ಮಂಡಲ ಚಿತ್ರಣ	Intravenous Pyelography	೨೦೧
ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ಕಾರ್ಯ ವೈಫಲ್ಯತೆ	Renal Failure	೨೦೮
ಮೇದೋಜಿರಕ ಗ್ರಂಥಿ	Pancreas	೧೦೦
ಮೇಲ್ಚರ್ಮ (ಹೊರಚರ್ಮ)	Epidermis	೨೩
ಮೆದು ಅಂಗುಳು	Soft Palate	೯೫
ಮೆಲಿಗ್ನೆಂಟ್ – (ಅತ್ಯುಗ್ರ)	Malignant	೩೨೯
ಮೋಲಾರ್ ಗರ್ಭಾವಸ್ಥೆ (ದ್ರಾಕ್ಷಿಗರ್ಭ)	Molar Preganancy	೯೮
	ಯ	
ಯಕೃತ್ತು (ಈಲಿ)	Liver	೯೮
~~ಯೂರಿಯ~~ ಯೋನಿ	Vagina	೨೭೩
ಯುರೀಮಿಯಾ	Uremia	೨೭೩
ಯೋನಿ	Vagina	೨೨೭
	ರ	
ರಕ್ತದ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	Leukaemial	೩೨೯
ರಕ್ತನಂಜು (ರೋಗಾಣುವಿನ)	Septicaemia	೨೧
ರಕ್ತನಾಳಗಂತಿ	Haemangioma	೩೩
ರಕ್ತಪೂರಣೆ	Blood transfusion	೩೩

ರಕ್ತ ಮೂತ್ರ	Haematuria	೧೬೪
ರಕ್ತವೇರಿಕೆ	Hyperaemia	೧೦೬
ರಕ್ತಸ್ರಾವ	Haemorrhage	೩೩
ರಕ್ತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ	Reactinary Haemorrhage	೭೩
ರಕ್ತ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ನಂತರದ	Secondary Haemorrhage	೨೩
ರಬ್ಬರ್ ತೂರ್ನಳಿಕೆ	Rubber catheter	೨೭೩
ರೈನೋಪ್ಲಾಸ್ಟಿ		
(ಮೂಗಿನ ಸ್ವರೂಪಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ)	Rhinoplasty	೩
ರೋಧಜನಕ–	Sntigen	೨೦೭
ಲಕ್ವ–ಪಾರ್ಶ್ವ	Hemiparesis	೪೯
ಲಕ್ವ – ಪೂರ್ಣ	Paralysis	
	ಲ	
ಲೋಳೆ, ಲೋಳ್ಪರೆ	Mucous Membrane	೪೯
ಲೋಳುಬ್ಬರ	Myxoedema	೮೨
ಲೇಡಿಗ್ ಜೀವಕೋಶ		
(ಲೈಂಗಿಕಾಸಕ್ತಿ ಚೋದನಿಗಳನ್ನು		
ಸ್ರವಿಸುವ)	Leydig Cells	೨೨೪
ಲ್ಯಾಂಗರ್ ಹ್ಯಾನನದ್ವೀಪ ಜೀವಕೋಶ		೮೪
ಲೆಕ್ಸ್ ಸಿಸೇರಿಯಾ		
(ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಬಗ್ಗೆ ಕಟ್ಟಾಜ್ಞೆ)	Lex Caesarea	೨೮೧
	ವ	
ವಂಶವಾಹಿ	Gene	೩೨೦
ವಂಶವಾಹಿ ಮಿಮ್ಮಿಗಿಲಾದ ಜೀನ್	Gene Dominant	೩೨೬
ವಕ್ರೀಭವಿಸು	Curving	೫೯
ವರ್ಣತಂತು	Chromosome	೩೨೯
ವಪೆ	Diaphragm	೯೮
ವಸೆಗಂತಿ	Lipoma	೨೯
ವಸ್ತಿ ಕುಹರ	Pelvis	೯೦, ೯೧
ವ್ರಣಾಧಾರಿತ ಕರುಳುರಿತ	Ulcerative Colitis	೧೫೯

ವೃಷಣ	Testicle	೨೨೯-೨೩೪
-ವೃಷಣ ಎಡೆ ಬಿಟು ನಿಲ್ಲುವ	Ectopic Testis	೨೩೦
-ಒಳ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುವ	Retractile	೨೩೦
-ಕೆಳಗಿಳಿಯದ ವೃಷಣ	Undescended Testis	೨೨೯
-ಚೀಲ	Scrotum	೨೩೦
ವೃಷಣ ನೀರ್ಬಾವು	Hydrocele	೨೩೫
ವೃಷಣ-ಕೋಶಾವರಣ	Encysted Hydrocels	೨೩೬
ಕ್ಯಾನ್ಸರ್(ಹೊಗೆಗೂಡಿನ)	Chimysweepers (Ancer)	೩೧೯
ರೇತುನಾಳ-ವ್ಯಾಸನಾಳ	Vas Deference	೨೨೩
ವೃಷಣ-ಕಿರಿರೇತುನಾಳ	Seminavesicle	೨೨೫
ವಿಕಂಪನೆ - ಮಿದುಳಿನ	Concussion	೪೩
ವಿದ್ಯುತ್ ಅಯಸ್ಕಾಂತೀಯ ವಲಯ	Electromagnetic Field	೩೨೬
ವಿದ್ಯುತ್ ಚಿಟಿಕೆ	Electric Cautery	೧೪, ೩೩
ವಿರೇಚಕ ಮದ್ದು	Purgative	೧೩೬
ವಿಷಮ ರೀತಿಯ (ಅತ್ಯುಗ್ರ) ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	Malignant Cancer	೩೨೯
೩೬೩. ವೈದ್ಯಕೀಯ ಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ	Medicine	೧
ವೇಗಸ್‌ನರ	Vagus Nerve	೯೪, ೧೧೪
-ವೇಗಾಟಮಿ-V. ಕತ್ತರಿಕೆ	Vagotomy	೧೧೪
ವೈರಸ್ (ವಿಷಾಣು)	Virus	೩೩
ವಿಕಿರಣ ಪಟುತ್ವ	Radio active	೮೮
ವ್ಯಾರಿಕೋಶ ವೇನ್ಸ್	Varicose venis	೩೦೯

ಶ

ಶರ್ಕರಪಿಷ್ಟ	Carbohydrate	೧೦೦
ಶಮನಿಕ ವಿಧಾನ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Palliative measures	೧೭೦
ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ವಿಧಾನ	Surgery	೩
ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸಾ ಕೊಠಡಿ	Operation Theatre (O.T.)	೧೦
ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ತಯಾರಿ	Preparing For Operation	೧೦
ಶ್ರವಣಾತೀತ ಶಬ್ದತರಂಗ	Ultra Sound Waves	೯
ಶಿರಸ್ತ್ರಾಣ	Helmet	೫೨

ಶಿರಾಪಘಾತ (ತಲೆಬುರುಡೆಗೆ ಏಟು)	Head Injury	೩೬–೫೩
ಶಿಲುಕು–ಆಹಾರದ	(Food) Residue	೧೦೧
ಶಿಶ್ನ	Panis	
ಶಿಶ್ನ ಮಣಿ	Glans Penis	೨೪೮
ಶಿಶ್ನ ಉರಿತ	Balano Piosthitis	೨೪೮
ಶಿಶ್ನ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	Cancer of Renis	೨೫೧
	ಸ	
ಸಂಕರ ತಳಿಯೆಬ್ಬಿಕೆ	Hybridoma	೩೩೪
ಸಬ್‌ಡ್ಯೂರಲ್ ರಕ್ತಸ್ರಾವ	Subdural Haematoma	೪೮
ಸರಿಸಮ ಜೋಡಣೆ	Shared matching	೨೧೩
ಸಸ್ತನಿಗಳು	Mammals	೨೯೩
ಸಾರಜನಕ	Protein	೧೯೨
ಸಸಾರಜನಕ	Nitrogen	೧೯೨
ಸ್ತನ (ಮೊಲೆ)	Breast	೨೯೮
–ಕ್ಯಾನ್ಸರ್	Breast Cancer	೨೯೮–೩೦೮
–ಕೊಬ್ಬು ಕೊಳೆತದ ಗೆಡ್ಡೆ	- Tumours	೨೯೩
–ಫೈಬ್ರೊಅಡಿನೋಮಾ	Fibroadenoma	೨೯೬
–ಬಾವು (ಕುರು)	Breast Abscess	೨೯೮
–ಮಾಂಸಗಂತಿ	Cystosarcoma	೨೯೭
–ಮ್ಯಾಮರಿ ಡಕ್ಟ್ ಎಕ್ಟೇಸಿಯ	Mamary Ductectasia	೨೯೬
–ಮ್ಯಾಮರಿ ಡಿಸ್‌ಪ್ಲೇಸಿಯಾ	Mamary Displasia	೨೯೬
–ಸ್ವಯಂ ಪರೀಕ್ಷೆ	Breast Self-Examination	೩೦೪
ಸ್ಪರ್ಷ ಮಸೂರ	Contact lens	೬೩
ಸಾಂದ್ರೀಕೃತ ಸೋಸಿಕೆ	Concentrated Filtrate	೧೯೧
ಸ್ನಾಯು ರಜ್ಜು (ನರ)	Tendon	೨೪
ಸ್ವಯತ್ತ ನರಜಾಲ	Autonomous Nervous System	೪೩
ಸಿ.ಟಿ. ಸ್ಕ್ಯಾನ್	Computerised Tomography (C. T) Scan	೬
ಸಿಸೇರಿಯಸ್ ಸೆಕ್ಷನ್	Caesarian Section	೨೮೦–೨೯೨

ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷೆನ್ ತುರ್ತು Emergency ೨೮೩
ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷೆನ್ ನಿಯೋಜಿತ Elective ೨೮೧
-ಸಿಸೇರಿಯನ್ ಸೆಕ್ಷೆನ್ ಅನಾವಶಕವೇ? Unnecessary ೨೯೧
ಸಿಸ್ಟಾಸ್ಕೋಪ್
(ಮೂತ್ರಕೋಶದರ್ಶಕ ದುರ್ಬೀನು) Cystoscope ೨೦೧
ಸುಟ್ಟು ಬೇಯಿಸುವುದು Baking ೨೧೨
ಸುನ್ನತಿ Circumcision ೨೪೮-೨೫೬
ಸುಪ್ತಾವಹನೆಗೊಳಿಸಿದ Sensitised ೩೩೪
ಸುರುಳ್ಗರುಳು Volvolus ೧೪೨
ಸುರೂಪಿಕ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ Plastic Surgery ೩
ಸೂಕ್ಷ್ಮದರ್ಶಕ ಯಂತ್ರ Microscope ೧೯
ಸೂಕ್ಷ್ಮ ಜೀವಾಣು Microbe, / Bacterial ೫
ಸೂಕ್ಷ್ಮಾಭಿಸರಣ Osmosis ೧೯೧
ಸೆಡೆತ Spasm ೧೫೭
ಸ್ಮೆಗ್ಮ Smegma ೨೫೧
ಸೊಟ್ಟ ತಿರುವು Malrotation ೧೪೧

ಹ

ಹದಗಳಲೆ Regional Lymphadenitis ೨೬
ಹರ್ನಿಯ (ಆಂಡವಾಯು) Hemia ೨೪೦
ಹರ್ನಿಯ ಇಂಗ್ವಯನಲ್ Hernia Inguinal ೨೪೦
ಹರ್ನಿಯ ಇನ್‌ಡೈರೆಕ್ಟ್ ಹರ್ನಿಯ Hernia Indirect ೨೪೨
ಹರ್ನಿಯ ಎಪಿಗ್ಯಾಸ್ಟ್ರಿಕ್ Epigastric Hernia ೨೪೪
ಹರ್ನಿಯ ಡೈರೆಕ್ಟ್ Direct Hernia ೨೪೨
ಹರ್ನಿಯ ಫೆಮೊರಲ್ Femoral Hernia ೨೪೩
ಹರ್ನಿಯ ಹೊಕ್ಕಳ Umbilical Hernia ೩೨೩
ಹರಡು Ankle Joint ೨೩
ಹರಿದಗಾಯ-ಮೆದುಳಿನ Lacered Wound-Brain ೪೪
ಹರಳುಗಟ್ಟುವುದು Crystalization ೧೧೮
ಹಲಗಾಲಿ (ನೆಟ್ಟಗರುಳಿನ) Rectal polyp ೧೭೪

ಹಾಲ್ಸಕ್ಕರೆ-ಒಗ್ಗದಿಕೆ	Milk Sugar - Allergy	೧೬೦
ಹಾಲೂರಿಸಿಕ ಚೋದನಿ	Prolactan	೨೯೪
ಹಾಲ್ರಸ (ದುಗ್ಧ)	Lymph	೨೯೪
ಹಾಲ್ರಸ ಕೋಶಿಕೆ	Lymphfollieles	೭೦
ಹಾಲ್ರಸ ಗ್ರಂಥಿ	Lymph Nodes	೨೯೪
ಹಾಲೆ	Lobe	೨೯೩
ಹಾಲೋಥೇನ್ (ಅರವಳಿಕೆ ಅನಿಲ)	Hallo Thane	೧೬
ಹಾಸಿಗೆ ಉಚ್ಚೆಬುರುಕುತನ	Bedwetting (Enuresis)	೨೫೪
ಹಿಮ್ಮಂಡಿ ಸೆರೆ	Popleteal Vein	೩೧೨
ಹೃದಯ ಶ್ವಾಸಕೋಶಯಂತ್ರ	Heart lung machine	೧೭
ಹುರಬರುಕು	Roughage	೧೦೯,೧೨೩
ಹೆಡ್ಡಗುಜ್ಜ	Cretin	೮೨
ಹೈಮಲಿಚ್ ಕೈಚಳಕ	Heimlich's Manoeuver	೭೪
ಹೊಗೆಯೂಡಿಕೆ	Fumigation	೧೨
ಹೊರ ಬಿಗಿಪರೆ-ಉದರ ಕೋಶದ	Peritonum	೯೮
ಹೈಡ್ರಾಲಿಕ್-ಜಲಚಾಲಿತ ವ್ಯವಸ್ಥೆ	Hydraulic Mechanism	೧೧
ಹೆರೆದು	Scrapping	೧೯
ಹಾರ್ಮೋನುಗಳು-		
ರಸದೂತ/ಚೋದನಿ	Hormones	೮೦
ಹೈಪೋಥಲಾಮಸ	Hypothalamus	
ಹೈಡ್ರೋಕ್ಲೋರಿಕ್ ಆಮ್ಲ	Hydrocollc Acid	೯೩

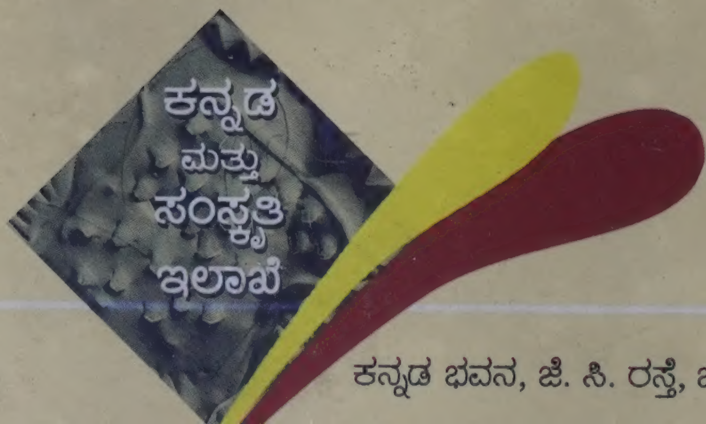
* * * *



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಕನ್ನಡ ಮತ್ತು ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಇಲಾಖೆಯು ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ 'ವಿಶ್ವ ಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನ ೨೦೧೧'ರ ಅಂಗವಾಗಿ ನೂರು ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಪ್ರಕಟಿಸಲು ಉದ್ದೇಶಿಸಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಹಳಗನ್ನಡ, ನಡುಗನ್ನಡ ಮತ್ತು ಹೊಸಗನ್ನಡ ಈ ಮೂರೂ ಕಾಲಘಟ್ಟಗಳಲ್ಲಿ ರಚನೆಗೊಂಡ, ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಮಹತ್ವದ ಕೃತಿಗಳೆಂದು ಪರಿಗಣಿತವಾಗಿರುವ ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಸರ್ಕಾರವು ನೇಮಿಸಿರುವ ಆಯ್ಕೆ ಸಮಿತಿಯು ಮರುಮುದ್ರಣಕ್ಕೆ ಆಯ್ಕೆ ಮಾಡಿರುತ್ತದೆ.

ವಿಶ್ವ ಕನ್ನಡ ಸಮ್ಮೇಳನದ ಈ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಕನ್ನಡ ಓದುಗರಿಗೆ ಹಲವಾರು ವರ್ಷಗಳಿಂದ ದೊರಕದೇ ಇದ್ದ ಎಷ್ಟೋ ಅಮೂಲ್ಯ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಈಗ ಲಭ್ಯವಾಗುತ್ತಿರುವುದು ಹೆಮ್ಮೆಯ ಸಂಗತಿ. ಈ ಮೂಲಕ ಕನ್ನಡದ ಮೇರುಕೃತಿಗಳ ಮರುಮುದ್ರಣ ಯೋಜನೆಯಡಿ ಸಾಹಿತ್ಯಾಭಿಮಾನಿಗಳಿಗೆ ಅಕ್ಷರದಾಸೋಹ ನಡೆಸುವ ಆಶಯ ನಮ್ಮದು.



ಕನ್ನಡ ಭವನ, ಜೆ. ಸಿ. ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು